



UNIVERSITY OF HELSINKI

Socialt arbete och återhämtning inom den psykiatriska öppenvården

Sanna Winberg
Magisteravhandling
Socialt arbete
Institutionen för socialvetenskap
Statsvetenskapliga fakulteten
Helsingfors universitet
Handledare: Helena Blomberg-Kroll
2.5.2020

Fakultet		Institution	
Statsvetenskapliga fakulteten		Institutionen för socialvetenskap	
Författare			
Sanna Marianne Winberg			
Arbetets titel			
Socialt arbete och återhämtning inom den psykiatriska öppenvården			
Läroämne			
Socialt arbete			
Arbetets art	Datum	Sidantal	
Magisteravhandling	2.5.2020	69	
Referat			
<p>Målsättningen med denna magisteravhandling är att som utreda hur socialarbetarna inom psykiatri arbetar och hur de kan främja patienters återhämtning. Jag granskar socialarbetarnas arbete på psykiatriska polikliniker med hjälp av återhämtningsteorin. Enligt återhämtningsteorin kan individer återhämta sig från allvarliga psykiska sjukdomar. Återhämtning skiljer sig från tillfrisknande, för återhämtning behöver inte betyda att man är symptomfri utan att man kan leva ett tillfredställande liv oberoende av psykisk sjukdom.</p> <p>Materialet för denna studie har jag samlat in genom att intervjua sju socialarbetare. Socialarbetarna jobbar alla med patientarbete på psykiatriska polikliniker. Intervjuerna utfördes semistrukturerat, och transkriberades och analyserades sedan med kvalitativ innehållsanalys. Återhämtningsteorin har använts både som vägledande princip för att hantera begreppet psykisk sjukdom och i analysen av datamaterialet.</p> <p>Resultaten presenteras enligt tre huvudteman: arbetsuppgifterna/yrkesrollen, syn på återhämtning och faktorer som påverkar återhämtning.</p> <p>Denna studie visar att socialarbetarna inom psykiatri har en stark yrkesidentitet och ser på sina roller och arbetsuppgifter relativt lika oberoende av arbetsenhet. Ingen av de intervjuade hade psykoterapeututbildning utan betonade sin roll som samhällsvetare. Återhämtning var en bekant term för de intervjuade, men de upplevde inte att de arbetade direkt enligt återhämtningsteorin. Många påpekade dock att denna teori har många likheter med de principer som socialt arbete i sig självt innebär. En holistisk syn på patienten och ett empowerment-betonat arbetssätt är exempel på likheter i återhämtningsteorin och socialarbetarnas beskrivningar av sitt arbete. Enligt denna studie kan socialarbetaren hjälpa patienten genom att förbättra hans materiella förhållanden, genom att hjälpa att hitta meningsfulla aktiviteter (arbete, studier, rehabilitering) samt genom att motivera patienten och inte patienten hopp. Dessa är alla också faktorer som främjar återhämtning. Liknande aspekter som främjar återhämtning har erhållits i tidigare studier där patienter själva intervjuats. Om man ser på patientens vård från ett återhämtningsperspektiv förefaller socialarbetarens roll inom den psykiatriska vården att vara mycket väsentlig.</p>			
Nyckelord			
Socialt arbete inom psykiatri, socialt arbete inom hälso- och sjukvården, återhämtning, återhämtningsteorin			

Innehållsförteckning

1	<i>Inledning</i>	1
2	<i>Syfte och forskningsfrågor</i>	3
3	<i>Socialt arbete inom hälso- och sjukvården</i>	4
3.1	Historia och nutidsanalys	4
3.2	Socialarbetets roll inom psykiatri.....	6
3.3	Mångprofessionalitet och socialarbetares yrkesroll.....	7
4	<i>Synvinklar på psykisk sjukdom</i>	10
4.1	Psykiatri och det finska vårdsystemet.....	10
4.2	Kritik av det biomedicinska synsättet	12
4.3	Sociala teorier om psykisk sjukdom	13
5	<i>Återhämtning som teoretisk referensram</i>	15
5.1	Återhämtningsteorins historiska bakgrund och nuvarande tillämpning	15
5.2	Perspektiv på återhämtning	17
5.3	Faktorer som främjar återhämtning.....	18
5.4	Återhämtning och socialt arbete	20
5.5	Kritiska synpunkter på återhämtning	21
6	<i>Tidigare forskning om psykiatriskt socialt arbete och återhämtning</i>	23
6.1	Finska studier	23
6.2	Internationella studier	26
7	<i>Forskningsmetoder</i>	29
7.1	Kvalitativ forskning	29
7.2	Forskningsintervjun som datasamlingsmetod.....	29
7.3	Informanterna	31

7.4	Utförandet av intervjuerna	32
7.5	Transkriberingen	33
7.6	Analysen	33
7.7	Tillförlitlighet.....	37
7.7.1	Transkriberingsfasens tillförlitlighet	37
7.7.2	Tillförlitlighet i analysfasen och rapporteringen	38
7.8	Forskningsetiska synpunkter	38
7.8.1	Respekt för den undersökta personen självbestämmanderätt.....	39
7.8.2	Undvikande av skador	39
7.8.3	Personlig integritet och dataskydd	40
8	Resultat.....	41
8.1	Socialarbetarnas beskrivningar av sina arbetsuppgifter och sin yrkesroll	41
8.2	Återhämtning som term.....	44
8.3	Faktorer som påverkar återhämtning.....	46
9	Slutsatser och diskussion.....	53
9.1	Socialarbetarens arbetsuppgifter och yrkesroll	53
9.2	Socialarbetarnas syn på återhämtning.....	55
9.3	Socialarbetarens roll i patientens återhämtning	56
9.4	Avslutande diskussion.....	58
	Källförteckning	60
	Bilaga 1.....	67
	Bilaga 2.....	68
	Bilaga 3.....	69

1 Inledning

Socialt arbete inom hälso- och sjukvården, det vill säga det man på finska kallar för terveyssosiaalityö, anses i Finland ha sina rötter på 1920-talet. Psykiatriskt socialt arbete har från början uppfattats som en viktig inriktning i socialt arbete inom hälso- och sjukvården. (Sundman 2014, 7.) Detta baserar sig på att människor som drabbas av psykiatriska problem har eller får som följd ofta också sociala och ekonomiska problem. Människan anses vara en helhet där det fysiska, sociala och psykiska påverkar varandra och när man vårdar någon för psykiska problem bör därför också de fysiska och sociala faktorerna tas i beaktande. Det är där socialarbetaren kommer in med sin expertis.

Mitt intresse för socialt arbete inom psykiatrin vaknade när jag själv arbetade som socialarbetarvikarie inom psykiatrin i Helsingfors stad i ca tre år. Helsingfors stad har som mål att inom den psykiatriska vården tillämpa principer från den så kallade ”återhämtningsorienteringen” och erbjuder också utbildning i detta för personalen. Jag lade märke till att återhämtningsteorin, som erbjuder en socialteoretisk synvinkel på psykiatriska sjukdomar, har mycket gemensamt med de generella tankesätten och utgångspunkterna i socialt arbete. Återhämtningsteorin betonar brukarperspektivet och empowerment, vilka är bekanta principer också inom socialt arbete. Återhämtning är inte samma sak som att bli frisk och symptomfri, utan syftar på att man oberoende av sjukdom kan leva ett tillfredställande liv. Återhämtning innebär också att patienten är själv aktiv i att definiera och planera sin återhämtning. (Topoir 2011, 1–6.)

Det har gjorts en hel del studier om hur patienter själv ser återhämtning och vad som hjälper hens återhämtning (t.ex. Klamas 2010; Topor 2001; Romakkaniemi & Kilpeläinen 2015). Jag har valt att ta in ett nytt perspektiv på ämnet, nämligen att utreda hur socialarbetarna arbetar inom psykiatrin och om deras arbetssätt går att koppla till återhämtningsteorin. Tidigare forskning gjord i Finland och internationellt visar att socialarbetarens roll inom psykiatrin är delvis diffus för socialarbetaren själv men också för de andra yrkesgrupperna inom psykiatrin (t.ex. Pylväs 2003; Korkealaakso 2006; Framme 2014). Jag hoppas att denna avhandling kan klargöra hur socialarbetarna ser sin roll inom psykiatrin och då speciellt i patienternas återhämtning.

Avhandlingen har följande struktur: I kapitel två definierar jag forskningsfrågorna för avhandlingen. Kapitel tre innehåller en kort genomgång av hur socialt arbete inom hälso- och sjukvården utvecklats i Finland och en beskrivning av socialt arbete och dess roll inom psykiatrin. I kapitel tre behandlas också mångprofessionalitet som är en väsentlig del av socialt arbete inom hälso- och sjukvården. I det fjärde kapitlet går jag in på olika synvinklar på psykisk sjukdom, från ett medicinskt synsätt till sociala teorier och en kort beskrivning av vårdssystemet i Finland. I det femte kapitlet presenteras återhämtningsteorin. Jag tar upp återhämtningsteorins historia och tillämpning, olika perspektiv på återhämtning, faktorer som främjar återhämtning, hur återhämtning kan knytas till socialt arbete och till sist också en del kritiska synpunkter på återhämtning. I kapitel sex presenterar jag en sammanfattning av tidigare forskning av återhämtning och psykiatriskt socialt arbete. Forskningsmetoderna presenteras i kapitel sju genom en kort genomgång av kvalitativ forskning och forskningsintervjun som metod och sedan en beskrivning på informanterna och utförandet av mina intervjuer. Transkriberingsfasen och analysarbetet beskrivs och tillförlitligheten i forskningen olika faser värderas. I slutet av kapitel sju tar jag upp forskningsetiska frågor så som respekt för den undersökta personens självbestämmanderätt, undvikande av skador och personlig integritet samt dataskydd. I åttonde kapitlet rapporteras resultaten. Resultatkapitlet innehåller en genomgång av hur socialarbetarna beskriver sina arbetsuppgifter och yrkesroll, hur de förstår återhämtning som term samt vilka faktorer de ser att påverkar återhämtning. I kapitel nio gör jag en djupare analys av resultaten genom att återkomma till forskningsfrågorna och diskuterar och utvärderar resultaten och studien.

2 Syfte och forskningsfrågor

En hel del forskning har gjorts om patienternas syn på vad som kan främja återhämtning från psykiska sjukdomar (t.ex. Topor 2001; Klamas 2010; Romakkaniemi & Kilpeläinen 2015). I denna avhandling har jag som mål att försöka klargöra vilken roll socialt arbete har för patientens återhämtning inom psykiatrin ur socialarbetarens synvinkel.

Det övergripande syftet med denna magisteravhandling är således att utreda hur socialarbetaren inom psykiatrin arbetar och hur socialarbetaren i sitt arbete ser sig kunna stöda patientens återhämtning.

Forskningsfrågorna för denna magisteravhandling är följande:

1. Hur beskriver socialarbetarna sina arbetsuppgifter och sin yrkesroll inom psykiatrin?
2. Vilken är socialarbetarnas syn på ”återhämtning” från psykiska sjukdomar?
3. Hur ser socialarbetarna på sin roll i återhämtningsprocessen av patienter inom den psykiatriska öppenvården?

Jag söker svar på dessa forskningsfrågor genom individuella kvalitativa intervjuer bland socialarbetare som jobbar på psykiatriska poliklinikerna.

3 Socialt arbete inom hälso- och sjukvården

Socialt arbete inom hälso- och sjukvården är en väsentlig och traditionell typ av individinriktat socialt arbete (Kananoja 2017a, 27). Socialt arbete inom hälsovården är betydelsefullt för patientens vård- och rehabiliteringsprocess. Internationellt sett har socialt arbete inom hälso- och sjukvården också en lång historia och i de anglosaxiska länderna var psykiatriskt socialt arbete ett av de första områdena där socialarbetare jobbade. (Kananoja 2017b, 347–356.)

Socialarbetarna inom hälso- och sjukvården i Finland kallar sig för *terveyssosiaalityöntekijät* (=hälsosocialarbetare), men den officiella arbetstiteln är socialarbetare (Kananoja 2017b, 347). I Finland översätts den finskspråkiga termen ”terveyssosiaalityö” muntligt och även skriftligt av en del offentliga aktörer (t.ex. kommuner) till ”hälsosocialarbete”. Begreppet hälsosocialarbete är en fennicism som bara används i Finland. I Sverige använder man termen socialt arbete inom hälso- och sjukvården, vilket är den term jag kommer att använda i denna avhandling. För att göra texten smidigare har jag dock ibland också använt den kortare termen socialt arbete inom hälsovården.

I hälso- och sjukvården är det vanligast att man använder benämningen patient till skillnad från klient inom socialt arbete. Jag kommer att i denna magisteravhandling i huvudsak att tala om patienter, inte klienter, för det är den term som de flesta socialarbetare använde i intervjuerna. Om socialarbetaren själv använt termen klient, så används denna term i citatet.

I detta kapitel kommer jag att först kort redogöra för hur socialt arbete inom hälso- och sjukvården utvecklats i Finland och vilka socialarbetarens arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården är. Sedan kommer jag att fokusera på det sociala arbetets roll inom psykiatrin. Avslutningsvis redogör jag för mångprofessionalitet, som är en väsentlig del av socialt arbete inom hälso- och sjukvården.

3.1 Historia och nutidsanalys

I Finland har socialt arbete inom hälso- och sjukvården vuxit fram från och med 1920-talet inom den psykiatriska anstaltsvården. Det behövdes en yrkesgrupp som tar i beaktande patienten i ett mer långtgående perspektiv, ser på hela personens livssituation och hur hen klarar sig efter vårdperioden (Sundman 2014, 7–8). I början vart det privata föreningar som var pionjärer i

medicinskt socialt arbete och psykosocial verksamhet inom sjukvården (Kananoja 2017b, 347). De institutioner som utbildade socialarbetare visade först inget intresse för att utbilda socialarbetare speciellt för hälsovårdens behov (Pylväs 2003, 26). Därför fungerade i början vissa nämnda vårdare som socialvårdare utan utbildning. År 1945 började man utbilda specifika socialvårdare för hälsovården som fortsättningsutbildning i Helsingfors sjukvårdsinstitut. Utbildningen var praktikbetonad med inriktning på så kallad case-work. Metoderna i socialt arbete inom hälso- och sjukvården utvecklades så till vida också i denna riktning och samhällseliga synvinklar var sekundära. (Pylväs 2003, 26; Kananoja 2017b, 347.) År 1975 tog universiteten över utbildningen för socialt arbete och socialvårdarutbildningen slopades (Kananoja 2017b, 347).

Ett av de centrala målen för socialt arbete inom hälsovården är att individen oberoende av sjukdom ska kunna ekonomiskt, socialt och samhällseligt klara sig så bra som möjligt. Socialt arbete betraktas också som något som kan påverka att hinder för vården avlägsnas och vårdtiden förkortas. Vid behov tas hela familjen med i processen. Socialarbetarens specialkunskap i vårdteamet anses vara den social- och yrkesrelaterade rehabiliteringen. Socialarbetaren ser med andra ord till att de sociala faktorerna och problemen tas i beaktande i vården av patienter. De flesta socialarbetare jobbar inom specialhälsovården, men socialarbetare kan också jobba på t.ex. rehabiliteringscenter. (Kananoja 2017b, 347–356.) Socialarbetaren kan ses som den inom hälsovården som delar patientens egen tolkning av situationen och försöker ta ett brukarperspektiv (bl.a. Pylväs 2003, 25–26; Gould 2017, 10). Socialarbetarens uppgift är att föra ihop patientens vardag med vård- och rehabiliteringsplanerna (Pylväs 2003, 25–26). Socialarbetaren bör kunna arbeta både med de byråkratiska faktorerna, servicesystemet och samtidigt tillämpa ett psykosocialt arbetssätt. Socialarbetaren fungerar också som nätverksarbetare och kontaktperson mellan olika aktörer. (Laine 2014, 26–31; Metteri 2018.)

Socialarbetaren inom hälsovården har ett omfattande arbetsområde. När man granskar innehållsförteckningen i nomenklaturen för socialt arbete inom hälsovården ser man att socialarbetarens arbetsuppgifter varierar från arbete med enskilda patienter på individnivå till utvecklings- och sakkunniguppgifter. Till arbetsuppgifterna hör bl.a. göra sociala bedömningar på patientens situation och stöda patientens rehabilitering och funktionsförmåga. Samtidigt fungerar socialarbetaren också som sakkunnig nätverksarbetare som koordinerar samarbetet

mellan olika parter. Dessutom kan socialarbetaren också ha administrativa och utvecklingsinriktade arbetsuppgifter. (Savolainen 2017.)

Socialarbetarens arbete inom hälsovården innehåller utmaningar som inte socialarbetarna på socialstationerna på samma sätt stöter på. När socialarbetaren jobbar som en del av hälsovården och i ett mångprofessionellt team kan det ibland vara svårt att gestalta sin roll och föra fram sin expertis. (Pylväs 2003, 8.) Mera om utmaningarna med mångprofessionellt arbete i kap.3.3.

3.2 Socialarbetets roll inom psykiatri

Många tidigare undersökningar har kommit fram till att det krävs mångsidiga kunskaper och färdigheter av socialarbetaren inom psykiatri. Socialarbetaren ska ha kunskap om psykiska sjukdomar och deras vård samt veta hur servicesystemet fungerar. Patientmötena är ofta emotionellt laddade vilket också kräver en bra stresstolerans. (Leinonen 2018a, 134–153.)

Socialarbetaren är också den som försäkrar sig att de lagstiftade rättigheterna till stöd och service försäkras och så till vida fungerar som en advokat för patienten (ibid, 134–153; Metteri 2018; Gould 2017, 72). Socialarbetaren jobbar i ett mångprofessionellt team och är den som för fram till vårdpersonalen hur de sociala aspekterna hör ihop med patientens hälsa (Pylväs 2003, 34; Gould 2017, 65). Speciellt bör socialarbetaren vara medveten om den ojämlikhet och diskriminering psykiska sjukdomar framkallar (Gould 2017, 10). Socialarbetaren anses ofta också inneha en mer värderelaterad grund för sitt arbete än andra yrkesgrupper inom hälsovården (ibid, 65–67). Förutom mångprofessionellt arbete hör det till socialarbetaren att jobba med nätverk av familjer, samfund och olika aktörer inom hälsovård, socialvård och tredje sektorn. Detta kräver god samarbetsförmåga och goda kommunikationsfärdigheter. (ibid, 71–72.)

I internationell forskning konstateras att socialarbetaren inom psykiatri bör kunna tillämpa mångsidigt olika synvinklar på psykisk sjukdom, vård, service och återhämtning. Socialarbetaren ska ta i beaktande kulturella faktorer och stöda hela familjen (Gould 2017, 10). Familjecentrerat arbete är också något socialarbetarna själv ser som en väsentlig del av sitt arbete som skiljer sig från vad de andra yrkesgrupperna sysslar med inom psykiatri. Socialarbetarna anser att de i sitt arbete tar i beaktande brukarperspektivet och arbetar på ett sätt som stöder återhämtning. (Framme 2014, 100.) Socialarbetaren jobbar alltså aktivt för att öka patientens empowerment och autonomi (Gould 2017, 72).

3.3 Mångprofessionalitet och socialarbetares yrkesroll

När man granskar socialt arbete inom hälsovården går det inte att förbise den mångprofessionella kontexten i vilken arbetet utförs. Terminologin och definitionerna på mångprofessionellt arbete varierar utgående från vilken teoretisk inriktning eller kontext man närmar sig ämnet. Man talar bl.a. om transprofessionellt arbete och interprofessionellt arbete. Den stora mängd olika definitioner och termer gör att missförstånd sker och ämnet blir svårt att greppa.

(Isoherranen 2012, 19–23.) Jag kommer att i denna avhandling att använda termen mångprofessionellt arbete för att syfta på det Isoherranen (2012, 22; se Isoherranen 2008, 34) definierat som följande:

Mångprofessionellt samarbete kan beskrivas inom social- och hälsovården som arbete som utgår från patientens eller klientens helhetslivssituation i vården och omvårdnaden. I en gemensam informationsbearbetning mellan olika experter slås kunskande och kunskap ihop. Genom interaktionsprocessen byggs ett fallrelaterat mål upp och en gemensam uppfattning (delad social kognition) om patientens situation, lämpliga åtgärder och hur problemen borde lösas. Att lägga ihop informationen sker genom flexibla, överenskomna medel och/eller på forum enligt överenskomna principer. Patienten/klienten och/eller hans närstående är vid behov med i diskussionen.

Eftersom socialarbetarna är en minoritet inom hälsovården får mångprofessionellt arbete en större betoning än på socialkontoren. Att kunna etablera ett fungerande samarbete med de andra yrkesgrupperna är en väsentlig och ibland också utmanande förutsättning för arbetet. I detta kapitel kommer jag behandla mångprofessionalitet i allmänhet och ta upp vad det innebär för socialarbetaren i hälsovården och psykiatrin.

Inom psykiatrin är patienternas problem ofta så mångfacetterade så ingen enskild expert eller yrkesgrupp kan hantera helheten ensam. Därför behövs mångprofessionella team som samarbetar utifrån patientens behov. (Isoherranen 2012, 10; Hall & Weaver 2001, 867.) Inom psykiatriska öppenvården för vuxna arbetar åtminstone följande yrkesgrupper: läkare, (psykiatrer) sjuksköterskor, närvårdare, psykologer, ergoterapeuter och socialarbetare. Att vidareutveckla

hälso- och socialvårdens integrering och mångprofessionalitet är en trend både i Finland och internationellt. Det mångprofessionella arbetet betraktas som ett medel med vilket man effektiviserar hälso- och socialvården. (Isoherranen 2012, 11.)

Grunden för mångprofessionellt teamarbete ligger i tanken om mångvetenskapligt tänkande som vuxit sig starkare inom hälsovården i slutet av 1900-talet och i början av 2000-talet. När problemen och fenomenen är mycket komplicerade, måste de utforskas mångvetenskapligt och holistiskt. (Isoherranen 2012, 14; Hall & Weaver 2001, 868.)

Det finns mycket forskning om mångprofessionellt arbete som utrett också utmaningar och utvecklingsbehov med detta arbetssätt. Pippa Hall och Lynda Weaver (2001) sammanfattar i sin litteraturöversikt vad forskningen på området kommit fram till. I studierna, som till största delen är nordamerikanska artiklar, betonas vikten av att utbilda arbetsgrupperna i mångprofessionellt arbete (ibid).

Mångprofessionalitet inom sjukvården har i Finland utforskats bl.a. av Maria Pylväs (2003) som intervjuat socialarbetare inom sjukvården. I sina resultat tar hon fram att socialarbetarna ofta upplever sig uppskattade i de mångprofessionella arbetsgrupperna men att arbetsfördelningen ibland är oklar (t.ex. i relation till rehabiliteringshandledaren som delvis har överlappande arbetsuppgifter med socialarbetarna). Hon tar upp att också andra yrkesgrupper arbetar med psykosocialt arbete vilket gör gränserna oklara i arbetsfördelningen. Socialarbetarna talar för vikten av att definiera och kunna själv avgränsa sitt arbete men ändå betraktar man gränsöverskridningar som en del av äkta mångprofessionellt arbete. (ibid, 56–62.) Mirja Lindén tar också upp i sin undersökning (1999) att någon sorts förändring i arbetsfördelningen har skett i och med att också andra yrkesgrupper börjat arbeta psykosocialt. Enligt Linden ger detta möjligheten för socialarbetaren att arbeta mera samhällsorienterat. (ibid, 155–156.)

Utmaningar för socialarbetaren inom psykiatriskt socialt arbete kan vara oklarheter i ansvarsfördelningen, maktkamper med andra yrkesgrupper och perspektivkonflikter. Mångdisciplinärt arbete betraktas dock ofta som något positivt och många socialarbetare upplever det som lärorikt och spännande att arbeta med andra yrkesgrupper eftersom man då får ny typ av kunskap och nya perspektiv. (Gould 2017, 58–59.) Hur ledarskapet organiseras inom psykiatrin kan också ha betydelse. Om socialarbetarna leds av någon annan yrkesgrupp som t.ex.

läkare, kan detta påverka hur det sociala perspektivet tillämpas. (ibid, 187.) Läkarna eller andra professionella inom hälsovården vet inte alltid heller vilken socialarbetarens roll eller arbetsuppgifter inom psykiatri är. Behov finns av informering och utbildning av läkare om socialarbetarens roll. Dessutom kunde socialarbetaren själv aktivare föra fram sin roll och sakkunskap i hälsovården. (Korkealaakso 2006, 107.)

Forskning visar att de mångprofessionella arbetsgruppernas sammansättning sällan är uppbyggd enligt brukarnas behov eller baserad på någon sorts teoretisk kunskap. Vårdare är överrepresenterade inom mentalvården och detta baseras antagligen på tillgänglighet inte behov. Uppläggningsen av arbetsgruppen kunde bättre organiseras enligt vad patienten behöver. Patienterna har ofta problem gällande social inkludering och materiellt välmående, vilket är något socialarbetaren kunde hjälpa med. (Evans et al. 2012, 25–28.)

4 Synvinklar på psykisk sjukdom

Olika vetenskapliga inriktningar har olika syn på psykiska sjukdomar och hur de bör vårdas. Just nu är det medicinska perspektivet dominerande i det finska läkarledda psykiatriska vårdssystemet. Jag kommer att i detta kapitel först redogöra för den psykiatriska synvinkeln på psykiska sjukdomar och sedan kort kommentera hur den psykiatriska vården i Finland genomgått en drastisk förändring från anstaltvård till öppenvård från och med 1980-talet. Sedan tar jag upp hur det medicinska synsättet kritiserats och hurdana samhälleliga synvinklar på psykiatriska sjukdomar utvecklats.

4.1 Psykiatri och det finska vårdssystemet

Psykiatri kan definieras som läran om psykiska sjukdomar, dessa sjukdomars symptom och psykopatologi, orsaker och utveckling, och dessutom läran om hur sjukdomarna vårdas och förebyggs. Inom psykiatrin forskar och vårdar man psykiska sjukdomar genom individfokuserade åtgärder. Delområden inom psykiatrin är bl.a. vuxenpsykiatrin, barnpsykiatrin, ungdomspsykiatrin och rättspsykiatrin. (Lönnqvist & Lehtonen 2011, 12–13.)

Psykiska sjukdomar definieras enligt de symptom individen har, hur länge symptomen verkar och hur de påverkar individen. Läkare specialiserade på psykiatri diagnosticerar olika syndrom eller sjukdomar enligt noga utskrivna kriterier i sjukdomsklassifikationen. Diagnosenlig vård ges enligt God medicinsk praxis-rekommendationerna (finska Käypähoito) som utges av Finska Läkarföreningen Duodecim. Inom psykiatrin betraktar man patientens subjektiva upplevelse av sitt psykiska tillstånd också som en väsentlig del både i vården och diagnostiseringen. Patienten kan vara mycket orolig för sin mentala hälsa utan att läkaren kan diagnostisera någon allvarlig psykisk sjukdom, eller tvärtom, patienten kan känna sig frisk fastän hen fått en allvarlig psykisk diagnos av flera läkare. (Lönnqvist & Lehtonen 2011, 12–13.)

Exempel på psykiska sjukdomar är psykossjukdomar, affektiva störningar, personlighetsstörningar, ätstörningar, narkotikamissbruk och ångestsjukdomar. Psykiska sjukdomar kan granskas i psykiatrin genom olika synvinklar: biologiska, psykodynamiska och socialpsykiatriska. Psykiska sjukdomar vårdas bl.a. med mediciner och psykoterapi och vid akuta allvarliga störningar kan tvångsvård på psykiatrisk avdelning vara

nödvändigt. Vården leds oftast av en läkare som är specialiserad i psykiatri. Psykiatriska team är mångprofessionella med representanter från olika yrkesgrupper som psykologer, ergoterapeuter, socialarbetare osv. (Lönnqvist & Lehtonen 2011.)

Enligt studien Terveys 2000 är affektiva störningar i Finland den vanligaste förekommande psykiska störningen. Studien visar att brister i vården för affektiva störningar och ångeststörningar finns och många blir också helt utan vård. Allt som allt insjuknar en femtedel av den finska befolkningen i någon psykisk sjukdom under sitt liv. (Joukamaa et al. 2011, 633–634.) Psykiska sjukdomar orsakar mycket lidande och problem i funktionsförmågan. Förekomsten av psykiska sjukdomar har inte ökat eller minskat, men medvetenheten om psykiska sjukdomar och användningen av psykiska tjänster har ökat. (ibid, 639.) Psykiska sjukdomar är en vanlig orsak till arbetsoförmåga. År 2009 beviljades sjukdagspenning på grund av psykiska diagnoser till 19 % av sjukdagpenningstagarna. (Helen et al. 2011, 11.)

Den offentliga sektorn ordnar lagstadgad service och vård för psykiskt sjuka. Vem som ansvarat för att ordna servicen har genom tiderna varierat mellan kommun, samkommun och staten. Från och med 1993 har kommunerna haft huvudansvaret för att erbjuda sina invånare psykiatrisk vård. I praktiken har detta skett genom att kommunen själv ordnat servicen, eller alternativt genom att köpa den från sjukvårdsdistrikten eller den privata sektorn. (Lönnqvist et al. 2011, 752–757; Harjajärvi et al. 2006, 17.)

Den psykiatriska vården i Finland var länge mycket anstaltsvårdbetonad. Delvis har detta berott på en otillräcklig öppenvård. (Lönnqvist et al. 2011, 754.) En av de anmärkningsvärda trenderna inom den psykiatriska vården är den så kallade avinstitutionaliseringen som i Finland började på 1980-talet. Avinstitutionaliseringen ledde till att anstaltsvården minskade radikalt och patienterna flyttades till öppenvården. Öppenvården har dock inte utvecklats enligt behoven. Antalet patienter i öppenvården har ökat på grund av minskningen av anstaltsplatser. Dessutom har det blivit allt vanligare att man söker psykiatrisk vård, fastän förekomsten av psykiska sjukdomar bland befolkningen inte ökat procentuellt. Sedan 1990-talets ekonomiska recession har patientantalet ökat men inte personalen. (Harjajärvi et al. 2006, 17–18.) Besparingsåtgärderna under lågkonjunkturen på 1990-talet drabbade den psykiatriska vården speciellt hårt, vilket ledde

till utmattning hos personalen och brist på psykiatriskt specialiserade läkare på de mest utmanande enheterna (Hakola 2002, 20).

4.2 Kritik av det biomedicinska synsättet

När man bekantar sig med samhällsvetenskaplig litteratur om psykiatrin stöter man ofta på termen *den medicinska modellen*. Med den medicinska modellen syftar man på ett naturvetenskapligt och medicinvetenskapligt synsätt på hälsa och psykiska sjukdomar. (Gould 2017, 14; Golightley 2008, 24.) Enligt Nick Gould (2017, 14) används denna term av socialvetare i syfte att kritisera den enfaldiga naturvetenskapliga synen på psykisk sjukdom. Mycket få psykiatriska läkare har i praktiken ett så strikt biomedicinskt och reduktionistiskt synsätt på psykiatriska sjukdomar som *antipsykiatriska rörelser* menar. Dock kan det stämma att den medicinska vården fått en oproportionellt dominerande plats i den moderna psykiatriska vården. (ibid.)

Det är inte lätt att utveckla en teoretisk modell som kombinerar den medicinska synvinkeln med sociala perspektiv. Eftersom den bio-medicinska modellen erbjuder skenbart säkra svar och förklaringar är den såtillvida trygg att hålla sig till. (Tew 2005.) Det finns en diagnos med en lämplig behandling (Topor 2011). I psykiatrin har man varit medveten om bio-medicinska modellens ensidighet och som motkraft utvecklat en biopsykosocial modell, som är baserad på systemteoretiskt tänkande. Denna modell utgår från att psykiatriska sjukdomar inte går att reduceras till fysiologiska eller biologiska faktorer, utan man bör ta i beaktande också psykologiska och sociala faktorer. (Gould 2017, 16–17.)

Socialarbetare som jobbar inom psykiatrin stöter på att de andra yrkesgrupperna inom fältet kan ha en medicinsk och individualiserad syn på människan. Socialarbetare inom psykiatrin kan därför lätt bli påverkade av det medicinska eller psykologiska perspektivet och på så sätt glömma den samhälleliga synen på psykiatriska sjukdomar. Det har varit vanligt att socialarbetare inom psykiatrin också arbetat terapeutiskt eller med en så kallad vårdinriktning. (Leinonen 2018a; Antikainen-Juntunen 2005, 66–68.)

Arbetet inom psykiatrin är oftast diagnosinriktat och sociala teorier är underordnade medicinsk och psykologisk kunskap (Leinonen 2018; Tew 2005, 216–227; Frankenhauser 2014). Den medicinska synen på psykisk ohälsa baseras på diagnoser och mätbarhet. Den sociala kontexten och komplexiteten är sekundär i planeringen av vården. (Frankenhauser 2014.) Den psykiatriska vården har en tendens att patologisera och ser inte individen som en mångsidig och komplicerad varelse i en kontext som innefattar maktpositioner gällande kön, etnicitet, socioekonomisk tillhörighet etc. (Tew 2005, 216–22).

4.3 Sociala teorier om psykisk sjukdom

Sociala perspektiv som utmanar psykologiska och medicinska teorier av psykiatriska sjukdomar är t.ex. emancipatoriska synsätt på individen, strukturella perspektiv, feministiska teorier, återhämtningsteorier och teorier som tar i beaktande maktförhållanden i samhället (Topor 2011). Den sociala dimensionen kan användas som förståelseram när man ser på psykiska sjukdomar och också som ett hjälpmedel i vården. I socialt arbete betonas brukarperspektivet och psykiatriska fenomen betraktas i ett socialt sammanhang. (bl.a. Frankenhauser 2014; Topor 2011.)

Äldre forskning om socialt arbete och psykiska sjukdomar, visar att det medicinska perspektivet ”tagit över” relativt sent i tiden (Salo 1996, 264). Hur mycket man tar i beaktande samhällliga och sociala faktorer psykiatrin har således varierat genom tiden. På 1960–1970-talet fanns i Finland en stark socialpsykiatrisk rörelse som betonade förebyggande och strukturell verksamhet på samhällslevelig nivå. (Helen et al. 2011, 11–69; Salo 1999, 264.) I USA utvecklades också en *antipsykiatrisk* motkultur om baserades på bland annat social konstruktionism och systemteori (Gould 2017, 12). Psykisk hälsovård ansågs starkt vara en mångprofessionell och mångdimensionell verksamhet ännu på 1980-talet. Men på 1990-talet snävades synvinkeln till att främst omfatta klinisk psykiatri, vilket man utgick från när man gjorde vårdprogram och när specialsjukvården formades för att sköta psykiskt sjuka. (Helen et al. 2011, 11–69; Salo 1999, 264.) Marjo Romakkaniemi (2011) drar i sin doktorsavhandling slutsatsen att vård för depression kräver också social expertis. Depression uppkommer och påverkas av sociala faktorer och därför kan man genom att påverka sociala faktorer också påverka rehabiliteringen. Psykosocialt arbete och terapeutiskt arbete blandas lätt ihop och den sociala aspekten glöms bort och även det

faktum att psykiska sjukdomar och depression uppstår i en mångfacetterad växelverkan med omgivningen. (ibid.)

Gemensamt för sociala teorier om mental hälsa är empowerment-perspektivet och förståelsen för att hälsa och välmående är mycket komplexa fenomen som påverkas av samhälleliga och sociala faktorer. Man anlägger också ett kritiskt perspektiv på hierarkier och granskar maktförhållanden kritiskt. Nätverk och arbete med och inom samfund betonas. (Duggan 2002, 19.)

5 Återhämtning som teoretisk referensram

I denna avhandling utgår jag från en återhämtningsteoretisk ansats, som utgår från ett socialt perspektiv på psykiska sjukdomar. Jag tillämpar detta synsätt både som ett begrepp för att förstå psykiska sjukdomar i överlag och för att analysera intervjumaterialet.

Återhämtningsteorin utgår ifrån att återhämtning från psykiska sjukdomar som klassats kroniska är möjlig. Återhämtning innebär att man tillfrisknar eller problemen minskar och man lär sig att leva med sin sjukdom. (bl.a. Anthony 1993, 15; Topor 2011, 5.) Enligt Topor (2011, 5) visar forskningen att återhämtning från allvarliga sjukdomar som schizofreni är möjlig och detta kan ske till och med oberoende effektiv vård. Denna synvinkel lägger patienten – inte någon specifik vårdmetod eller personalen - i centrum.

Återhämtning är en subjektiv upplevelse och definieras olika utgående från individens egna utgångspunkter. Det kan innebära en förändring i känslan av kontroll över sitt liv eller det kan synas som någon objektiv förändring t.ex. genom att individen hittar en arbetsplats, behöver mindre sjukhusvisiter eller uppvisar mindre symptom. Man behöver inte vara symptomfri för att känna sig återhämtad. Om man känner sig återhämtad eller inte beror på ens egna mål och den kontext man lever i. (Romakkaniemi & Kilpeläinen 2015, 441–442.) Patienten definierar själv vilka målen i återhämtningen är och med vilka medel dessa uppfylls (Lukens & Solomon 2013, 63–64).

Jag kommer att i detta kapitel först ta upp hur återhämtningsteorin etablerats internationellt och i Finland och sedan presentera olika sätt att se på återhämtning. Jag redogör för hur återhämtningen betraktas som en process och vilka faktorer som kan främja denna process. Sedan reflekterar jag över hur återhämtningsteori och socialt arbete kan knytas ihop och till sist presenterar jag kritiska synpunkter på återhämtningsteorin.

5.1 Återhämtningsteorins historiska bakgrund och nuvarande tillämpning

Återhämtningsteorin har vuxit fram i västerländerna under de senaste 40 åren (Klarnas 2010, 44). Avinstitutionaliseringen inom mentalvården som började på 1950-talet lade basen för återhämtningsteorins utveckling. Avinstitutionaliseringen var en respons på oron över att förmyndarmentaliteten i vårdinstanserna kränker patienternas mänskliga rättigheter. Den anti-

psykiatriska rörelsen förde fram de kränkningar och orättvis behandling som förekommit på mentalsjukhusen. Öppenvården som utvecklades för att fylla behoven av vård efter avinstitutionaliseringen var inte tillräcklig för patienterna (t.ex. gällande boendet och ekonomiska stöden) vilket ledde till brukarrörelsens framväxt på 1970-talet. Förutom brukarrörelsen utvecklades från och med 1940-talet också en psykiatrisk rehabiliteringsrörelse som betonade självbestämmanderätten och ett holistiskt synsätt i rehabiliteringen. Återhämtningsteorin kombinerar element ur brukarrörelsen och rehabiliteringsrörelsen. (Lukens & Solomon 2013, 63.)

Avinstitutionaliseringen ledde till att en ny slags öppenvårdservice måste utvecklas. Man började tänka noggrannare på hur servicen byggs upp enligt med patienternas behov. Under 1980-talet började man tala mer om konsekvenserna av psykisk sjukdom, som är mer än bara symptomen och innebär funktionedsättningar, begränsningar och handikapp. (Anthony 1993, 11–14.)

Återhämtning är något som enligt vissa forskare i allt större grad börjat påverka hur vi ser på psykiska sjukdomar och deras vård. Till exempel i England och USA är återhämtning något man talar om i psykiatrins styrningsdokument (Topor 2011, 1; Gould 2017, 22). WHO syftar också på återhämtning som något som tillämpas inom psykiatriska vården (Topor 2011, 1).

I Finland har bl.a. Päivi Rissanen förespråkat ett återhämtningsperspektiv. Rissanen (2005) har skrivit i sin doktorsavhandling om sina erfarenheter som patient inom den psykiatriska vården och hur hennes återhämtningsprocess fortskridit. Päivi Rissanen arbetar också med återhämtningsrelaterat utvecklingsarbete på Centralförbundet för mentalhälsa.

Utvecklingsprojektet Rissanen deltar i är ett samarbetsprojekt där Lapplands universitet och olika föreningar tillsammans med offentliga sektorns hälsovård bl.a. Södra Österbottens sjukvårdsdistrikt planerar återhämtningsteorins implementering inom psykiatrin. Projektet har som mål att utveckla återhämtningsorienterad service inom den offentliga mentalvården.

Brukarperspektivets betoning och mångprofessionalitet är principer som styr de återhämtningsbaserade arbetsmetoderna och arbetsmedlen. Projektet har startat 2018 och fortsätter i alla fall till 2021. (Lapin yliopisto 2019.)

Återhämtningsteorin har anammats även av ett antal andra offentliga aktörer. Helsingfors stad nämner på sin hemsida återhämtningsteorin som en av de styrande teoretiska referensramarna i

öppenvårdsrehabiliteringen inom missbrukarvården (Helsingin kaupunki 2017). Helsingfors missbrukarvård har också tagit i användning en Recovery-app, som är en mobilapplikation utvecklad i samarbete med brukarna. Genom mobilapplikationen kan man följa med sin återhämtning genom att t.ex. bokföra känslor av ångest och abstinensbesvär. (Laaksonen et al.. 2019.) Mikko Tamminen, som är ledare för Helsingfors stads psykiatri- och missbrukartjänster, har också framfört att återhämtningsteorin kommer att vara en vägledande princip inom den psykiatriska vården och att vårdpersonalen kommer att utbildas i detta. Tamminen har konstaterat att tillämpning av återhämtningsteorin inom psykiatrin kräver dessutom också förändringar i det psykiatriska vårdsystemets strukturer. (Honkala 2018.)

Även inom tredje sektorn har olika aktörer bl.a. Klubitalo, Niemikotisäätiö och Centraförbundet för socialpsykiatriska sammanslutningar i Finland framfört att deras service och handlingsprinciper utgår från återhämtningsteorin (Centraförbundet för socialpsykiatriska sammanslutningar i Finland 2019).

5.2 Perspektiv på återhämtning

Det finns olika sätt att definiera och använda begreppet återhämtning. Jag kommer till följande att ge exempel på olika perspektiv på återhämtning. Maria Klamas (2010) talar om fyra olika återhämtningsperspektiv: rehabiliteringsperspektivet, empowermentperspektivet, medicinska perspektivet och det utvidgade återhämtningsperspektivet som också kallas brukarperspektivet eller *life context approach*. Rehabiliteringsperspektivet har funktionshindret som utgångspunkt och målet för återhämtningen är att kompensera för funktionshindret och utveckla nyt färdigheter. Detta perspektiv bygger på praxisbaserad kunskap. Empowermentperspektivet har utgångspunkten i trauma, stress och kris och fokus är individens medborgarskap, i vilket ingår samhälleliga rättigheter och skyldigheter. Perspektivet bygger på erfarenhetsbaserad kunskap. Det medicinska perspektivet har länge fått styra insatser för människor med svåra psykiska sjukdomar. Inom detta perspektiv betonas symptom och sjukdom och därför är målet med vården symptomsfrånvaro. I det medicinska perspektivet tas inte i beaktande de sociala konsekvenserna av sjukdomen. Det utvidgade perspektivet växte fram som motkraft till det medicinska perspektivet. Det utvidgade perspektivet kombinerar de tre tidigare nämnda perspektiven. Det utgår ifrån att personer med psykiska svårigheter behöver mycket mer än bara symptomslättnad. Individen tas i beaktande i sitt sammanhang med både hinder och möjligheter. (ibid, 44–45.)

Återhämtningsforskningen kan indelas i olika inriktningar. Till exempel Ulla-Karin Schöns (2009, 23–29) har identifierat tre inriktningar enligt följande: forskning med betoning på mätbara kriterier, forskning som fokuserar på processen i återhämtning och forskning med ett socialt perspektiv. Gemensamt för dessa riktningar är att de alla utgår från att återhämtning är möjligt och att de söker kunskap om hur detta sker. Den första inriktningen fokuserar på att utforska återhämtning som ett mätbart fenomen och söka bevis på vilka metoder som effektiverar återhämtningen bäst. Kriterier för återhämtning är att avvärja symptom, leva ett självständigt liv och delta i samhällslivet. Enligt den andra riktningen, som kallas processperspektivet, handlar återhämtning inte primärt om att avvärja symptom, utan återhämtningen sker som en individuell process. Individen själv är den som är aktiv i sin återhämtningsprocess och man studerar inte vad som görs åt individen utan vad individen själv gör. Enligt processperspektivet är de fyra grundpelarna för återhämtning följande: individens omdefiniering av sig själv och sin ohälsa, stöd från andra människor, hantering av symptom, meningsfulla sociala roller och aktiviteter. Inom den tredje inriktningen är betoningen däremot på ett socialt perspektiv som tar i beaktande strukturella faktorer och betonar empowerment. (ibid.)

I flera källor betonas återhämtningens karaktär som en process (Topor 2011; Klamas 2010, 45–46; Anthony 1993, 15). William Anthony (1993, 15) beskriver återhämtning som en komplex tidskrävande process. Återhämtningen sker från mycket mer än bara sjukdomssymptom. Man återhämtar sig från alla de konsekvenser som kan följa av psykisk sjukdom, t.ex. stigma, arbetslöshet och social marginalisering. (ibid, 14–15; Onken et al.. 2004, 10.) Maria Klamas (2010) betonar också att återhämtningen är en process där individen utvecklas och tar över makten i sitt liv. Målet är inte att livet normaliseras till något som var före sjukdomen, utan att man växer och utvecklas på ett djupare plan. Klamas lyfter också fram att psykiska sjukdomar bör betraktas som livskriser som man kan återhämta sig ifrån och att de är jämförbara med andra livskriser som t.ex. skilsmässa. Denna synvinkel minskar också psykiska sjukdomars stigmatiserande karaktär. (ibid, 45–46.)

5.3 Faktorer som främjar återhämtning

Från och med 1980-talet började man i ökad takt forska i vilka faktorer som påverkar återhämtning. Tidigare hade återhämtningsforskningen koncentrerat sig på frågan om

återhämtning från allvarliga psykiska sjukdomar som schizofreni överhuvudtaget är möjlig. (Topor 2001, 316–317.)

Inom studierna om återhämtning har man kommit fram till att faktorer som påverkar återhämtningen är en förbättring av materiella förhållanden, fungerande relationer (informella och formella), en känsla av hopp och ett holistiskt brukarperspektiv på människan (bl.a. Romakkaniemi & Kilpeläinen 2015; Topor 2001 & 2011).

Materiella faktorer som påverkar återhämtning är bl.a. boendet och ekonomiska stöd. Insatser på levnadsomständigheter kan ha positiv verkan på återhämtning av sjukdom. I en studie gjord av Davidson et al.. (2001; se Topor 2011, 8) gav man ett extra ekonomiskt bistånd till människor för att delta i sociala livet. Resultaten visade att social tillbakadragenhet har att göra med sociala omständigheter inte sjukdom. Det extra biståndet minskade symptomen och förbättrade livskvalitén. (ibid.)

Sociala kontakter till familj, vänner och arbets-/studiekompisar har en betydelsefull roll för återhämtningen. Speciellt viktig är ömsesidigheten i relationerna till vänner och familj. Att få stöd och ge stöd, ökar känslan av egenmakt vilket har en positiv effekt på återhämtning. (Klarnas 2010, 92 & 116–119.)

Förutom ovan nämnda informella relationer har kvaliteten på relationerna till yrkespersoner också en stor betydelse för återhämtningen. Till yrkespersoner räknas de personer som i sin yrkesroll försöker hjälpa eller stöda individen. Dessa kan vara läkare, terapeuter, psykologer, socialarbetare osv. I Alan Topors (2001) intervjustudie beskriver patienterna positiva möten med yrkespersoner som fungerar utöver sin yrkesroll för att hjälpa dem. Yrkespersonen hjälper patienten på sin egen tid, utan lön eller tar till okonventionella åtgärder för att hjälpa. Denna gränsöverskridning beskrivs i berättelserna som något som fått patienten att känna sig speciell och främjat återhämtningen. Jan Wallcraft (2005) tar också upp att relationer till yrkespersoner har stor betydelse för återhämtningen. Speciellt relationens karaktär påverkar, det vill säga hur äkta och genuin yrkespersonen är i relationen. Att vara i ömsesidig kontakt med patienten och inte bara gömma sig bakom sin yrkesroll är något som karaktäriserar en bra relation som stöder återhämtning. (ibid, 205–204.) Ömsesidigheten kan främjas genom att involvera patienten i vårdprocessen och på det sättet öka delaktigheten. Detta gör att makten mellan yrkespersonen

och individen balanseras. (Klamas 2010, 158.) Anne Denhow (2011) har också i sin sammanfattning över forskning inom ämnet kommit fram till liknande resultat. Brukarna för fram att en bra relation till yrkespersoner karaktäriseras av känslan av att bli sedd, hörd och respekterad som en unik individ som är ”mer än bara sin diagnos”. Fungerande relationer minskar känslan av skam patienten känner och främjar återhämtning. (ibid.)

Förutom relationer och materiella faktorer påverkas återhämtning också av att man får adekvat vård och terapi, har en tillfredställande sysselsättning och har möjlighet till personlig utveckling (Wallcraft 2005). Detta är möjligtvis faktorer som socialarbetaren kan hjälpa till med inom psykiatrin.

5.4 Återhämtning och socialt arbete

Återhämtningsteorin har enligt ett flertal forskare ansetts vara en användbar och tillämpbar teori inom socialt arbete (bl.a. Romakkaniemi & Kilpeläinen 2015, 440; Lukens & Solomon 2013 62). Enligt forskarna kunde socialt arbete dock få en allt större roll inom psykiatrin om ett återhämtningsorienterat synsätt fick mer betoning inom den psykiatriska vården. Värdegrunden i socialt arbete där patientens helhetssituation och egen syn på sitt liv betonas, passar bra ihop med principerna för återhämtning. Patientens styrkor betonas i stället för det medicinska perspektivets fokus på diagnostisering. (Frankenhauser 2014, Romakkaniemi & Kilpeläinen 2015, 440.) Eftersom återhämtningsteorin och socialt arbete har en hel del likheter, kunde socialarbetarna ta en aktivare roll i att föra fram återhämtningsteorins användbarhet inom mentalvården (Lukens & Solomon 2013, 68–69).

Det sociala arbetets uppgift inom psykiatrin är att föra fram betydelsen av de sociala, ekonomiska och kulturella faktorerna för patientens vård och återhämtning. Socialarbetarens roll som koordinerare av service, nätverk och resurser är väsentlig för att patienten ska nå de omständigheter hen behöver för sin återhämtning. Socialarbetaren fungerar för patienten (som är expert på sin situation) som en guide i servicesystemet och hjälper att hitta rätt service. (Romakkaniemi & Kilpeläinen 2015, 455.)

I Nya Zeeland har kommittén för mentalvård år 2001 uttryckt att återhämtning är ett begrepp inom och närmandesätt på mental hälsa som uttryckligen socialarbetaren inom psykiatrin bör vara bekant med. (Gould 2017, 24.) Forskning visar också att socialarbetarens expertis och

egenskaper inom psykiatrin är sådana man anser att stöder patientens återhämtning.

Socialarbetarens optimism och tilltro till förbättring i patientens livssituation kombinerat med genuin omsorg gentemot patienten, är faktorer som stöder återhämtning. (Ryan et al. 2004, 424.)

5.5 Kritiska synpunkter på återhämtning

Det har förekommit en del motstånd och kritik mot återhämtningsteorin. Speciellt inom den medicinska traditionen har man använt olika handlingsstrategier för att försvara sina synpunkter att vissa sjukdomar som t.ex. schizofreni är kroniska. Då någon har återhämtat sig, har man förklarat att personen har blivit feldiagnostiserad eller skapat en ny diagnos för att kunna förklara varför personen mår bättre. En del läkare har förnekat den återhämtning som patienten har erfarit. (Topor 2011, 2) Det man kallar för *the clinical illusion* (den kliniska illusionen) gör att vårdpersonalen utifrån egen erfarenhet ifrågasätter återhämtning som ett allmänt fenomen. De som arbetar närmast patienterna möter bara de patienter som inte återhämtar sig. De som mår bättre försvinner från vårdssystemet och glöms bort. De som återkommer till vården när de mår sämre bekräftar också sjukdomens kroniska karaktär. (Topor 2001, 81–82; Topor 2011, 2–3.)

I återhämtningsteorin betonas individens egen tolkning av sin situation och att återhämtning alltid är beroende på individens egna mål och värderingar. Forskare som O'Brien (2012, 574; se Romakkaniemi & Kilpeläinen 2015, 442) och Deewes & Lax (2009; se Romakkaniemi & Kilpeläinen 2015, 442) har varnat för att lägga för stort ansvar på individen för sin återhämtning. En för individualiserad syn på psykisk sjukdom innehar risken att de sociala och samhälleliga faktorerna glöms bort. Det är alltså viktigt att minnas att fastän återhämtningsteorin är brukarorienterad innehar den alltid också en social och samhällelig synvinkel. (ibid.)

Brukare har fört fram också oro för att återhämtningen skulle definieras av personal och andra professionella och politiska aktörer. Man är rädd att återhämtningsteorin utnyttjas av politiska krafter för att göra besparingar inom mentalvården. Brukare oroar sig också för att bli beskyllda för att inte försöka tillräckligt om inträdesmålen uppfylls. Man är också rädd för att man blir nekad vård och service och att de ekonomiska stöden blir borttagna. Återhämtning innebär inte att man aldrig mera behöver vård och är fullständigt tillfrisknad, utan också långtidsvård kan behövas fast man är återhämtad. (Wallcraft 2005, 213–214.)

Självbestämmanderätten som hör starkt ihop med återhämtningsteorin, kan vara etiskt problematiskt när personer är självdestruktiva eller farliga för omgivningen. Patientens förmåga att göra beslut om sin vård eller sitt liv måste evalueras fortgående i de fall då patienten själv eller någon annan kan vara i fara på grund av t.ex. psykotiska symptom. Vårdgivaren kan i vissa fall hamna i svåra etiska dilemman där hen måste väga självbestämmanderätten och patientens och andras säkerhet. Att hitta en balansgång mellan säkerhetsaspekter kombinerat med gemensamt besluttande om vården tillsammans med patienten är inte alltid lätt. (Lukens & Solomon 2013, 66–67.)

6 Tidigare forskning om psykiatriskt socialt arbete och återhämtning

Det finns mycket studier och litteratur (speciellt internationell) om återhämtning. En del studier fokuserar uttryckligen och endast på återhämtning och jag har valt att presentera här de som också tar upp socialarbetarens roll för återhämtningen. Dessutom presenterar jag studier som gäller psykiatriskt socialt arbete. Det finns också finsk forskning om socialt arbete inom psykiatrin men få som relaterar till återhämtning. Av denna orsak har jag valt att presentera resultat också från en pro-gradu avhandling av Anna Tonttila (2018) som tillämpar direkt återhämtningsteorin. Det är en pro-gradu i socialt arbete men betydelse av socialt arbete i återhämtningen blir i studien på mindre fokus, då Tonttila intervjuar personer hon fått tag på via tredje sektorn med egen erfarenhet av återhämtning. Mitt mål med min studie är forska i samma ämne som Tonttila men att ta socialarbetarnas synvinkel på återhämtning. En sådan studie har enligt min förståelse inte ännu gjorts.

Litteratursökningen för denna avhandling har jag gjort på Helka (<https://helka.finna.fi/>). Jag har sökt litteratur med sökorden återhämtning, psykiatriskt socialt arbete och socialt arbete inom hälso- och sjukvård, och de finska och engelska översättningarna på dessa termer. En stor del av källorna har jag hittat genom snöbollsmetoden, genom att t.ex. gå igenom källförteckningar till väsentliga verk eller artiklar.

Jag presenterar finska och internationella studier skilt. Studier gällande psykiatriskt socialt arbete framförs först och sedan studier som har starkare fokus på också på återhämtning.

6.1 Finska studier

En av de färskaste finska studierna gällande socialt arbete inom psykiatrin är Leena Leinonens (2018a) omfattande forskning om hur socialarbetarna ser sin roll och sitt arbetssätt inom psykiatrin. Leinonen har forskat i psykiatriskt socialt arbete med kombinerade kvalitativa och kvantitativa metoder. Leinonen identifierar expertrollen och terapeutrollen som olika arbetssätt i psykiatriskt socialt arbete. Hon betonar att dessa roller inte nödvändigtvis behöver vara motstridiga och *terapeutiskt arbete* kan innefatta mycket mer än bara psykoterapi. I sina slutsatser konstaterar hon att strukturellt socialt arbete och social rapportering har en väsentlig

roll i psykiatriskt socialt arbete för det skiljer sig från vad alla andra yrkesgrupper gör inom psykiatrin. (ibid, 134 – 153.)

Marjo Romakkaniemi (2011) forskning visar hur stor betydelse socialt arbete har i rehabiliteringen av deprimerade människor. Marjo Romakkaniemi har i sin doktorsavhandling genom intervjuer studerat hur människors narrativ ser ut gällande tillfrisknandet från depression. Romakkaniemi utgår från en existentialistisk-fenomenologisk människosyn och beskriver rehabiliteringen från en depression som en holistisk process där den sociala dimensionen har väsentlig betydelse. Socialt arbete har en viktig roll i att se på människan i en mångsidig social kontext och hjälpa deprimerade människor att hitta nya sätt att fungera oberoende av begränsningarna sjukdomen orsakar. Socialarbetare inom psykiatrin har omfattande kunskap om vård- och servicesystem, lagstiftning, socialskydd och kan mångsidigt analysera patientens situation. Det sociala perspektivet knyts ofta samman med ett holistiskt perspektiv. Depression har en stark påverkan på social växelverkan och aktörskap och genom att påverka dessa och hitta de begränsande faktorerna och möjligheterna i omgivningen kan patienten få hjälp genom socialt arbete. (ibid.)

Att jobba i ett mångprofessionellt team är en väsentlig del av socialarbetarens arbete inom psykiatrin. Eija Antikainen-Juntunen (2005) har skrivit en licentiatavhandling där hon utreder hur socialarbetarna ser på sin roll i ett mångprofessionellt team som gör arbetsförmögenhetsutredningar inom psykiatrin. Antikainen-Juntunen utgår ifrån ett empowermentperspektiv där patienten själv deltar aktivt tillsammans med yrkespersonalen i utredningsprocessen. Som resultat identifierades två huvudsakliga arbetssätt: det individorienterade och det nätverksorienterade arbetssättet. I det senare nämnda arbetssättet visar sig gränserna mellan olika professioner som mer flexibla och man beslutar om ansvarsfördelningen i utredningsarbetet beroende på situationen. I det individorienterade arbetssättet är arbetsfördelningen fastslagen redan från början. Studien visar att socialarbetaren ofta togs med för sent i processen då patientens situation redan hunnit bli sämre. Detta ledde till ett oproportionellt stort ansvar för socialarbetaren. Att ta med socialarbetaren redan i ett tidigare skede och mer systematiskt kunde vara bättre för patienten. Det skulle också vara viktigt att göra socialarbetarens roll synligare genom att arbetet dokumenteras, mäts och uppföljs effektivare och

information ges patienter och mångprofessionella team om hur socialarbetaren kan hjälpa t.ex. i att utreda servicemöjligheter för rehabilitering. (ibid, 142–147.)

På vintern 2018 samlades i studien *Terveyssozialityö näkyväksi* ("Synlighet för socialt arbete inom hälsovården") ett omfattande kvantitativt material gällande socialarbetarnas arbetsuppgifter inom hälsovården (Socca- Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus 2018). När stora strukturella förändringar planeras inom social- och hälsovården finns det behov att genom forskning klarlägga om socialt arbete inom hälsovården är effektivt och nyttigt (Metteri 2018). *Terveyssozialityö näkyväksi* -studien genomförs i samarbete med Melbourne University i Australien, där har man redan utfört en likadan kvantitativ utredning (Socca- Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus 2018). I forskningsrapporten konstateras att socialt arbete inom hälsovården koncentrerar sig på psykosocialt arbete, evaluering av patientens situation och att försäkra sig om att patienten får de ekonomiska stöd hen behöver under sjuktiden. Genom mångprofessionellt arbete och nätverksarbete jobbar socialarbetaren för att patienten ska få den service hen behöver. (Yliruka et al. 2019, tijn17.)

Anna Tonttila (2018) har intervjuat i sin pro gradu-avhandling psykiskt sjuka om deras rehabiliteringsprocess. Hon baserar sin studie på återhämtningsteoretiska synvinklar. Studiens resultat visar att inre faktorer som påverkar återhämtning är bl.a. hopp, optimism, sociala förhållande och betydelsefulla roller i livet. Yttre faktorer som nämns är samhällseliga faktorer som stöd- och servicesystemen och hur yrkespersonalen lyckas bemöta patienten och stöda hens återhämtning. Resultaten förstärker tanken om att det som behövs för en lyckad återhämtningsprocess är inte alltid något som erbjuds bara inom den medicinska vården, utan kräver mångsidigare expertis. Utgående från resultaten kan man tyda att specifikt socialarbetarens kunnande är väsentligt för återhämtningen. (ibid, 114–115.) Socialt arbete inom hälsovården och bland vuxna innehar ett stor potential för att stöda återhämtning från psykiska sjukdomar. Ingen av de intervjuade tog upp socialt arbete i intervjuerna. (ibid, 114–115, 41–44.) Detta kan tänkas bero på att de intervjuade rekryterades via tredje sektorn, vilket påverkade att tankar och upplevelser om tredje sektorn betonades i intervjuerna.

Romakkaniemi och Kilpeläinen (2015) har kommit till liknande resultat som Tonttila. Deras studie om interaktionen mellan patient och yrkespersoner visar att relationen kan ha stor

betydelse för återhämtningen vid depression. Genom att analysera bloggtexter skrivna av personer som drabbats av depression kommer de fram till att ett diagnosorienterat synsätt på psykisk sjukdom inte räcker för att stödja patienterna återhämtningsprocess. De ser att socialt arbete kan genom sitt vidare sociala och holistiska synsätt ha en större roll inom den psykiatriska vården än vad den har nu. Socialarbetarens roll som koordinerare av service, nätverk och resurser är viktig för att stöda patientens återhämtning. (ibid.)

6.2 Internationella studier

Jag har valt att presentera internationella forskningsresultat från Kanada, England och Wales, USA och två studier från Sverige. Internationell forskning om psykiatriskt socialt arbete går inte alltid att direkt relatera till den finska kontexten för socialt arbete och mentalvård kan vara mycket olika organiserat i olika länder. Kontexten socialarbetarna inom hälsovården arbetar i är troligtvis mest lika i Sverige, men jag har valt att presentera studier med intressanta resultat också från andra länder. I USA är kliniskt socialt arbete (casework) en dominerande tradition inom socialt arbete, vilket påverkar socialarbetarens roll inom psykiatri (O'Brien & Calderwood 2010, 330). Dock finns det också finsk forskning som visar att socialarbetarna i Finland kan vara psykoterapiorienterade (t.ex. Leinonen 2018a). Hur mentalvården finansieras och organiseras (kommunalt, tredje sektorn, privata organisationer) och hur den regleras påverkar också vilka aktörer/yrkespersoner där fungerar och hurdana roller de tar eller erbjuds. Förutom olikheter mellan Finland och andra länder, har studierna visat en hel del likheter gällande socialarbetarens arbetssätt inom psykiatri, t.ex. betoningen på empowerment och motiverande åtgärder.

Enligt O'Briens & Calderwoods (2010) studie i Kanada anser 56 % socialarbetarna inom psykiatri att psykoterapi är en av deras arbetsuppgifter. Dessutom ser 55% av socialarbetarna att de arbetar som förespråkare eller advokat för patienten (advocacy). Socialarbetarna har alltså kombinerat rollen som psykoterapeut med ett kritiskt synsätt. O'Briens & Calderwood funderar över om denna kombinerade roll marginaliserar socialarbetaren inom psykiatri. Socialarbetaren själv ser sig som en viktig aktör inom psykiatri, men mer forskning behövs för att motivera socialarbetarens bidrag inom psykiatri. Socialarbetarna själva ser att deras specifika bidrag som socialarbetare är ett arbetssätt som lägger patienten i centrum, tar i beaktande personen i sin omgivning, fokuserar på återhämtning, empowerment och familjerelaterat arbete. Studien

poängterar också att eftersom socialarbetaren inte har några lagstiftade uppgifter inom psykiatrin så som de andra yrkesgrupperna, gör socialarbetaren arbetsuppgifter som till dels överlappar med andra yrkesgruppers arbetsuppgifter. Socialarbetarens arbetsuppgifter är svårt definierade och på så sätt kanske också mindre uppskattade. (ibid.)

Evans et al.. (2012) som gjort en enkätundersökning för ledande personer inom psykiatrin i England och Wales som tar upp socialarbetarens holistiska syn som något som behövs inom psykiatrin. Enligt studien har sjuksköterskornas antal ökat i mångprofessionella team medan socialarbetarnas antal minskat. Mångprofessionella arbetsgrupper är allmänt uppskattade och värderade men forskning har inte gjorts om vilken sammansättning i arbetsgrupperna är bäst utgående från patientens synvinkel och behov. Enligt studien kunde det finnas mer behov för socialarbetare inom psykiatrin, för patienter lider av social marginalisering och utanförskap, vilket hör till socialarbetarens expertisområde. (ibid.)

I Australien och USA har genomförts en studie där socialarbetare inom psykiatrin har intervjuats för att få information av vilka egenskaper hos socialarbetaren anses vara viktiga (Ryan et al. 2004). Enligt resultaten är det socialarbetarens tilltro och optimism till förändring och äkta omsorg gentemot patienten, som stöder patientens återhämtning. Socialarbetarens tilltro för att patienten kan återhämta sig och leva ett bra liv, fungerar också som en självförfyllande profetia. (ibid, 419–424.)

Socialarbetarens roll i återhämtningen behandlas också av Maria Klamas (2015) som har i sin doktorsavhandling i Sverige intervjuat personer som definierar sig som psykiskt sjuka. Resultaten visar att personalen inom psykiatrin kan främja återhämtning genom att tillge patienten kunskap och stöd som kompletterar patientens egen erfarenhetskunskap (som inte heller bör underskattas). Genom respekt och tilltro till patientens upplevelser och erfarenheter byggs en stödprocess var patienten involveras och delaktigas och maktbalansen mellan personal och patient jämnas ut. Klamas ser att socialarbetare kunde dra nytta av den informationen som forskningen ger om återhämtning och arbeta mer återhämtningsorienterat genom att ta i beaktande individens och omgivningens resurser som främjar återhämtning. (ibid.)

I en annan svensk undersökning av Gunilla Framme (2014) om socialarbetarnas syn på sin roll inom psykiatrin nämns också återhämtning. Socialarbetarna beskriver sig arbeta psykosocialt

med en helhetssyn på patienten. Socialarbetarna vill särskilja sig från andra yrkesgrupperna inom psykiatrin, genom sitt empowermentinriktade arbetssätt och brukarperspektiv. (ibid.)

Slutsatsen av dessa studier är att återhämtning (och återhämtningsrelaterade värden och principer) kan anses vara direkt eller indirekt något som socialarbetare stöder med sitt arbetsbidrag inom psykiatrin.

7 Forskningsmetoder

Forskningsmaterialet är insamlat genom individuella kvalitativa intervjuer med socialarbetare. Forskningsintervjuerna har varit semistrukturerade. I detta kapitel reflekterar jag först kort över kvalitativ forskning i allmänhet, sedan motiverar jag mina val av forskningsmetoder och redogör för forskningsprocessens olika skeden bl.a. hur intervjuerna genomfördes och hur analysen har gjorts. Dessutom tar jag upp forskningsetiska frågor och reflekterar över avhandlingens tillförlitlighet.

7.1 Kvalitativ forskning

Kvalitativ forskning uppfattas ofta som motsatsen till kvantitativ forskning. Ibland ifrågasatts dock att en sådan total tudelning mellan kvalitativa och kvantitativa metoder är möjlig eller meningsfull. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 65.) Kvalitativ forskning skiljer sig från kvantitativ forskning genom att forskarrollen i kvalitativ forskning är annorlunda och forskaren kommer i mer direkt kontakt med föremålet för forskningen. Flexibilitet är också utmärkande för kvalitativ forskning så till vida att man t.ex. har möjlighet rätta till sin forskningsdesign utgående från den data man håller på att samla in, eftersom analysfasen och materialinsamlingen ofta kan ske parallellt. I analysen har man mindre färdiga modeller och verktyg att utgå ifrån än i kvantitativ forskning, vilket leder till att man måst utveckla egna strategier. Kraven gällande tillförlitlighet och generaliserbarhet är också annorlunda än i kvantitativ forskning. (Ahrne & Svensson 2015, 15.)

7.2 Forskningsintervjun som datasamlingsmetod

Forskningsintervjun är en forskningsmetod som baseras på respondentens självrapportering. Respondentens ord används som forskningsdata. (Denscombe 2016, 263–264.) Målet är att få information av respondentens tankar, känslor, upplevelser och uppfattningar (Hirsjärvi & Hurme 2001, 41). Kvalitativa intervjuer indelas ofta i strukturerade, halvstrukturerade och ostrukturerade intervjuer utifrån hur strikt man följer en viss modell för intervjuens genomförande (ibid, 43.)

Eftersom jag ville få information om socialarbetarens syn på sin roll i återhämtningen av psykiatriska patienter, valde jag ett kvalitativt närmandesätt på ämnet. Eftersom jag var osäker på

hur bekanta socialarbetarna är med återhämtningsteorin valde jag att använda mig av forskningsintervjun istället för t.ex. frågeformulär. Intervjun som metod är mer flexibel och ger utrymme för informanten att förklara och för mig att ställa följdfrågor.

Semistrukturerade intervjuer går ut på att man har färdiga frågor eller teman som behandlas men låter den intervjuade utveckla öppet sina svar på de ämnen de vill ta upp. (Denscombe 2016, 266.) En del teman för intervjun är fastslagna men inte alla (Hirsjärvi & Hurme 2001, 48). Jag valde semistrukturerad intervju som metod för att ge socialarbetarna mer fria händer i att föra fram de ämnen och teman som de anser är viktiga men samtidigt hade jag färdiga formulerade frågor för att få svar på forskningsfrågorna. Målet med intervjuerna var att få information om socialarbetarnas arbetssätt och syn på sitt arbete relaterat till återhämtning.

Jag valde att intervjua socialarbetare för min utgångspunkt var att socialarbetarna själv är de som har den bästa kunskapen och förståelsen över sitt arbete och dess betydelse för patientens återhämtning. Intervjuerna kan kallas för expertintervjuer (finska asiantuntijahaastattelu) eftersom man i expertintervjuer utgår ifrån att experter innehar information och kunskap om det ämnet man utforskar (Alastalo et al. 2017, 218). Expertis kan definieras enligt med den yrkesposition och –kunskande som personen har. Experter är inte lätta att intervjua och det är viktigt att vara medveten att personer med stark yrkesidentitet som socialarbetare kan ha egna agendan om hur de vill att forskaren/intervjuaren ser på ett fenomen och med vilka termer man närmar sig ämnet. (Alastalo et al. 2017.)

Fördelen med intervjun är att man kan flexibelt klargöra frågor och reda ut missförstånd i konversationen med informanten. Intervjuaren kan också vid behov ändra den ordning i vilken frågorna ställs, ställa följdfrågor och upprepa frågor. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73.) Personliga intervjuer är också lätt att arrangera och att kontrollera. Transkriberingen inte så komplicerad när det är bara en informant som talar på bandet. (Denscombe 2009, 235.) Genom kvalitativa intervjuer kan man få ett djupgående, mångsidigt och förklarande material (Hirsjärvi & Hurme 2001, 35.) Nackdelen med intervjun är att den kan vara tidskrävande. Det kan ta länge att få ordnat intervjuer och transkriberingen av materialet tar också sin tid. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 74.) Detta var också fallet i denna studie. Planen var att utföra intervjuerna under 1–2 månaders tid, men i praktiken var tiden mellan den första och sista intervjun över tre månader.

För att få användbar kunskap via intervjuer krävs att intervjuaren är skicklig och erfaren. Respondenten kan också vara socialt pressad att svara på frågorna så som hen tänker att det förväntas av hen. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 35.) Intervjuareffekten bör också tas i beaktande. Vad innebär forskarens identitet för den som intervjuas? (Denscombe 2009, 245). Talar informanterna annorlunda till mig för att de vet att jag studerar socialt arbete? Antar de att jag är insatt i psykiatriskt socialt arbete och hur påverkar de om de känner mig personligen som arbetskamrat och kollega?

Jag förberedde mig för intervjuerna genom att läsa metodböcker gällande forskningsintervjuer. Det är viktigt som intervjuare att väcka förtroende hos informanten, vara öppen gentemot informanten och ha en bra förståelse över ämnet ifråga. Intervjuaren bör också kunna klart och förståeligt ställa sina frågor, styra diskussionen åt rätt håll men utan att ta för mycket utrymme själv. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 68–69.)

7.3 Informanterna

Målgruppen för denna forskning är socialarbetarna på Helsingfors stads psykiatriska polikliniker. Poliklinikerna är fyra till antalet och indelas enligt väderstrecken till östra, södra, norra och västra polikliniken. För vården behöver man en remiss från t.ex. hälsostationens läkare. Psykiatriska poliklinikerna erbjuder öppenvård som innebär undersökningar och rehabilitering. (Helsingfors stad 2019). Inom öppenvården, alltså på poliklinikerna, arbetar sammanlagt 25 socialarbetare (Tuomainen & Saari 2019).

Förutom de traditionella arbetsuppgifterna som nämndes i kapitel 3.2 har socialarbetarna på poliklinikerna under året 2018 fått nya arbetsuppgifter och ansvarsområden som tidigare sköttes av vuxenservicen. Dessa är arbetsuppgifter som finns inskrivna i socialvårdslagen som till exempel att göra beslut om kompletterande och förebyggande utkomststöd. Socialarbetarna på poliklinikerna arbetar i och med dessa nya arbetsuppgifter i rollen som tjänstehavare. Denna förnyelse har haft som mål att integrera socialt arbete bland vuxna och socialt arbete inom hälsovården så att patienten skulle få all service enligt socialvårdslagen från en och samma instans. Meningen med denna förnyelse har varit att koncentrera resurserna i socialt arbete inom psykiatri till de lagstadgade uppgifterna och ett systematiskt och planmässigt socialt arbete. (Kouhi 2019.)

7.4 Utförandet av intervjuerna

Före rekryteringen av informanter sökte jag forskningslov för min studie av Helsingfors stad. Jag gjorde också en registerbeskrivning enligt EU:s allmänna dataskyddsförordning (2016/679).

Forskningslovet fick jag 7.5.2019.

Efter att jag fått forskningslov av Helsingfors stad rekryterade jag informanterna genom de ledande socialarbetarna på poliklinikerna. De skickade ut mitt informationsbrev (se bilaga 1) till socialarbetarna på poliklinikerna som sedan kontaktade mig via telefon eller e-post. Eftersom en del av socialarbetarna var bekanta för mig sedan tidigare på grund av att jag själv jobbat på en av poliklinikerna, rekryterade jag också några socialarbetare genom att själv direkt kontakta dessa personer.

Intervjuerna utfördes som semistrukturerade intervjuer enligt intervjumanualen (se bilaga 2). Intervjumanualens frågor fanns som stöd för att få informanterna att tala om de ämnen som är väsentliga för mina forskningsfrågor, men manualen var inte bindande. Vid val av frågor i intervjun försökte jag ta i beaktande att jag får svar på just de frågor jag vill ha svar på men försökte ändå hålla en sorts reflexiv attityd om informanten tog fram synpunkter och ämnen som skiljde sig från vad jag hade väntat mig.

Intervjuerna utfördes under maj-juni 2019 på de psykiatriska poliklinikerna. Intervjuerna spelades in på mobilen. Längden på intervjuerna varierade från 29 minuter till 50 minuter. Informanterna skrev under två exemplar av samtyckesblanketter för deltagandet i studien (se bilaga 3). Den ena förvarade jag i ett låst skåp hemma hos mig, den andra fick informanten. Jag informerade respondenterna om att samtyckesblanketterna förstörs samtidigt som allt annat insamlat material (inspelade intervjuerna och transkriberingarna) efter att magisteravhandlingen är godkänd.

Sammanlagt utfördes sju stycken intervjuer. Att intervjua är en färdighet som man lär sig genom att träna (Kvale & Brinkman 2014, 34). Min intervjuteknik utvecklades och blev mer flexibel ju längre materialinsamlingsfasen framskred t.ex. så att jag blev skickligare på att ställa följdfrågor. Jag var också mer avslappnad i intervjusituationen ju mer erfarenhet jag fick.

7.5 Transkriberingen

Jag transkriberade mina intervjuer inom några dagar efter att de utförts. Varje transkribering gav mig erfarenhet som hjälpte att förbereda mig för nästa intervju. Jag kunde utveckla mina intervjufrågor och göra modifieringar i mitt sätt att intervjua. Under transkriberingen gjorde jag också anteckningar gällande intressanta teman informanterna tagit upp. Jag läste igenom det transkriberade materialet och påbörjade en preliminär analys parallellt med utförandet av intervjuerna. Att påbörja analysen samtidigt som ännu intervjufasen pågår är utmärkande för just kvalitativ analys (Hirsjärvi & Hurme 2001, 136).

Det beror på forskningsmetodologin och forskningsfrågorna hur ordagrant transkriberingen utförs. Om man vill göra diskursanalys bör transkriberingen göras helt ordagrant och så utförligt att också pauser och skratt dokumenteras. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 138–140.) Eftersom jag i analysen koncentrerar mig på betydelser och teman och inte vill analysera själva språket eller diskursen gjorde jag inte en helt ordagrann transkribering.

När jag transkriberade lämnade jag bort oväsentliga ord eller upprepningar som informanten använde när hen sökte efter ord eller funderade. Exempel på dessa är *niinku* och *tota* (svenska liksom). Om informanten började på något ord och hann säga några stavelser men sedan ändrade sig och lämnade ordet på hälft och började på nytt lämnades dessa stavelser och bokstäver bort från transkriberingen. Detta gjordes för att göra texten lättare att läsa och för att jag bedömde att dessa ord eller stavelser inte hade någon betydelse för min analys.

Ibland skrev jag upp också då informanten skrattade för att få fram nyanser i texten. Jag var inte säker på vad jag skulle behöva ännu senare i analysen så jag ville dokumentera också mindre detaljer för senare tolkningar.

7.6 Analysen

Begreppet analys kan i kvalitativ forskning förstås i snäv eller allmännare bemärkning. Analys kan allmänt taget syfta på hela processen av materialbehandlingen. I den snävare bemärkelsen innebär analys den fas då man bearbetar det insamlade materialet systematiskt det vill säga fasen efter att materialet är insamlat och analysen intensifieras. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 134; Rennstam & Wästerfors 2015, 220.)

När man analyserar ett kvalitativt material innebär det att man sorterar, reducerar och argumenterar (tolkar). Analysen sker alltid med stöd av teorin och forskningsfrågorna. Ibland om något nytt och oväntat framkommer i materialet kan man hamna ändra på forskningsfrågan och ifrågasätta teoriens tillämpning på materialet. (Rennstam & Wästerfors 2015, 220–221.)

Den kvalitativa analysen kan också beskrivas som att man omorganiserar materialet i bitar för att sedan bilda nya helheter och en ny syntes. Problemet med kvalitativa studier är att ibland stannar analysen på en deskriptiv nivå och tolkningarna eller syntesen på en teoretisk nivå uteblir. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 143–144.)

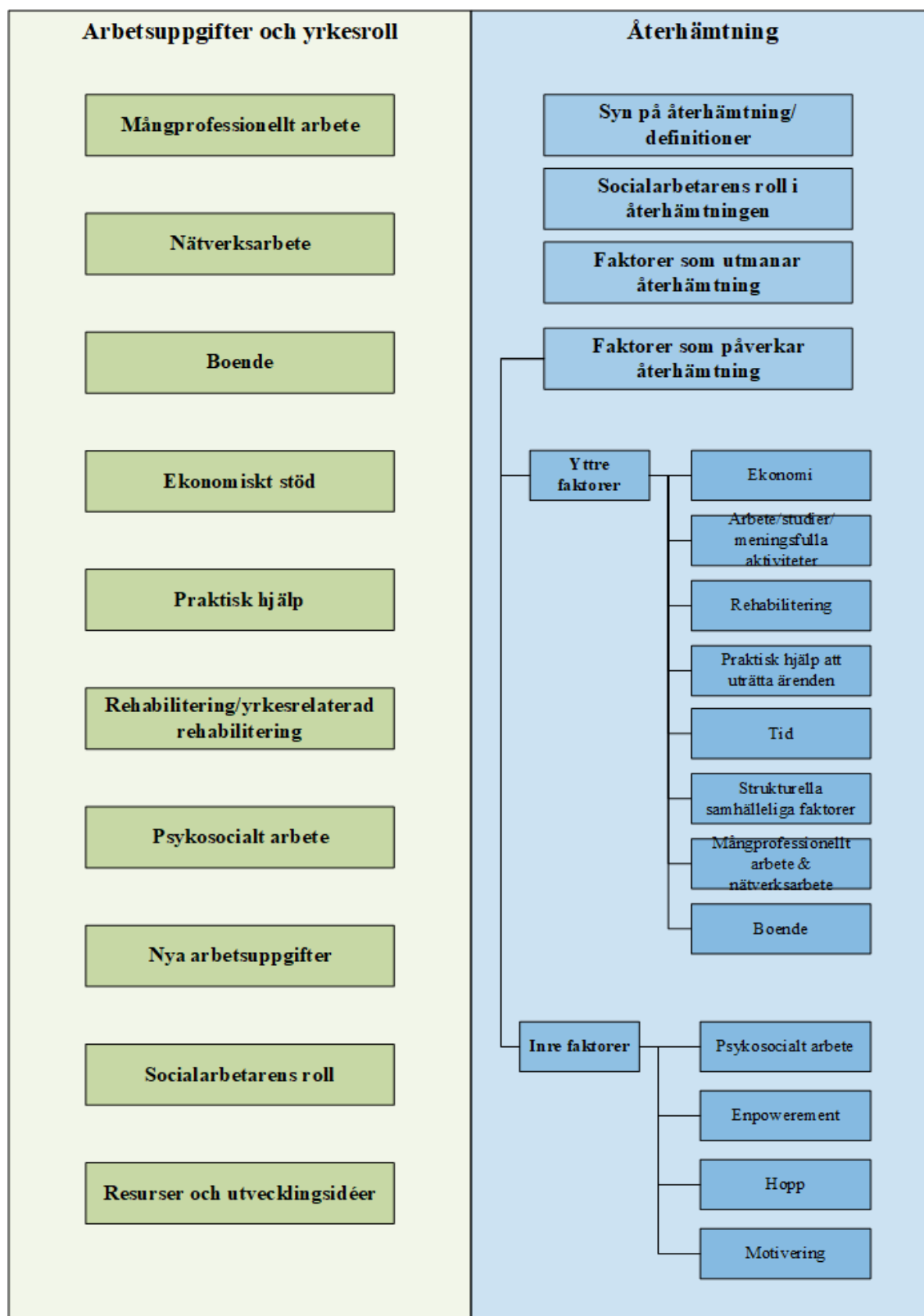
Tolkningen och analysen i kvalitativ innehållsanalys kan vara svår och krävande för det finns inga klara modeller för hur den ska utföras (Hirsjärvi & Hurme 2001, 135–136). Det är vanligt att man kombinerar olika typs metoder och tekniker i analysen (Kvale & Brinkman 2014, 281).

Intervjuerna utfördes både på finska och svenska. Största delen av intervjuerna gjordes ändå på finska, vilket krävde mycket översättningsarbete. Analysfasen gjordes på svenska. När jag började bilda förenklade uttryck och kategorier har jag översatt allt till svenska. Jag har använt Mot Dictionaries som hjälp i översättningsarbetet. Jag är medveten om att översättningen kan ha påverkat på nyanser och betoningar i innehållet, därför har jag använt tid och noga övervägning vid val av översättningar för att hitta översättningar som bäst beskriver den ursprungliga meningen på finska.

Jag har analyserat intervjumaterialets innehåll och mening teorigenomt. Återhämtningsteorin har fungerat som en styrande princip i analysfasen. Jag har jämfört mina fynd med tidigare studier och klassificerat och kategoriserat materialet genom att använda liknande klassificeringssätt som tidigare studier om ämnet. I analysens första skede bildade jag förenklade uttryck av hela materialet. Jag gick igenom en intervju åt gången. Efter att jag komprimerat materialet i förenklade uttryck läste jag igenom dessa uttryck och började klassificera dem i olika teman med överrubriker. I detta skede föll den del av materialet som verkade oväsentligt för mina forskningsfrågor och teori bort. De förenklade uttrycken delades först grovt in två olika teman: socialarbetarnas arbetsuppgifter och yrkesroll och beskrivningar på återhämtning. I intervjun hade jag först ställt frågor gällande socialarbetarnas arbetsuppgifter och sedan frågor gällande återhämtning. Därför kändes det naturligt att indela också materialet enligt dessa två teman.

Materialet gällande återhämtningstemat är omfattande och innehåller många under- och överteman som klassificerats och tolkats mer djupgående. I presentationen av resultaten har en del av kategorierna delvis slagits ihop och omorganiserats. Men i huvudsak följer presentationen av resultaten samma struktur som i *tabell 1* (se s.34).

Under analysen och kategoriseringen av materialet märkte jag att kategorierna under temat arbetsuppgifter och faktorer som påverkar återhämtning är delvis överlappande. Detta kan tolkas som att socialarbetarnas arbete innehåller mycket faktorer som också påverkar patientens återhämtning.



Figur 1. Kategorier i analysen

7.7 Tillförlitlighet

Under studiens olika faser bör man fortgående ta i beaktande tillförlitlighetsfrågor som påverkar forskningen validitet och reliabilitet. Validitet och reliabilitet är redskap som ursprungligen utvecklats för utvärdering av kvantitativ forskning. De är användbara då objektiva fakta sökes via mätbarhet. En del forskare ifrågasätter därför dessa termers användning i kvalitativ forskning överhuvudtaget. Reliabilitet i sin traditionella bemärkelse, syftar på att man kommer till samma resultat vid upprepning av en studie eller med användning av andra metoder för att mäta samma sak. Validitet kan syfta på yttre validitet, det vill säga studiens generaliserbarhet. Validitet kan också handla om så kallad strukturvaliditet: forskar eller mäter man det man avser forska eller mäta? Har materialet relevans för forskningsfrågorna? (Hirsjärvi & Hurme 2001, 186–188.) Dessa definitioner på validitet och reliabilitet kan vara svåra att tillämpa som sådana i kvalitativ forskning. I följande kapitel tas upp de principer som används för att utvärdera tillförlitligheten i kvalitativ forskning.

7.7.1 Transkriberingsfasens tillförlitlighet

Under transkriberingsfasen transformeras muntlig text till skriftlig form. Olika personer kan göra olika tolkningar av samma stycke och små detaljer som var man lägger in komman och punkter kan påverka innehållets betydelse (Kvale & Brinkman 2014, 225–226). Det finns ingen korrekt stil att transkribera, utan man måste överväga hurdan stil är passlig för ens egna forskningssyften. Dock är det viktigt att ta beaktande att transkriberingen sker lika i alla studiens intervjuer (Hirsjärvi & Hurme 2001, 185). Detta är en faktor jag försökte lägga märke till under transkriberingsfasen. Efteråt märker jag dock att första och andra intervjun transkriberades mera ordagrant, med varje suck och paus. De senare transkriberingarna gjorde jag mindre detaljerat med fokus på det väsentliga och kunde redan i transkriberingsfasen lämna bort stycken som inte hade med forskningstemat att göra (t.ex. small talk före och efter intervjun). För forskningens tillförlitlighet är det viktigt att vara medveten om att man lämnar bort en del av texten och också kunna motivera varför.

7.7.2 Tillförlitlighet i analysfasen och rapporteringen

I kvalitativ forskning är det väsentligt att redogöra och motivera för forskningsprocessen så utförligt som möjligt så att läsaren kan värdera forskningens trovärdighet (Tuomi & Sarajärvi 2009, 141). Att vara öppen och noga rapportera och motivera val av metoder är viktigt. Forskaren bör beskriva varför materialet i analysfasen klassificerats på ett visst sätt. I kvalitativ forskning kan olika forskare komma till olika resultat från samma material utan att någondera av studierna på grund av detta är otillförlitliga. Det väsentliga är att beskriva processen och motivera tillvägagångssätten i studien. Resultaten bör ju självklart överensstämma med informanternas synpunkter och man ska kunna motivera varför man lämnat bort alternativa tolkningar. (Hirsijärvi & Hurme 2001, 189.)

Det är ett vanligt förekommande misstag att rapportdelen av undersökning blir för detaljerad och lång. Detta sker lätt när man inom kvalitativ forskning försöker efterlikna kvantitativ forskning i att objektivt rapportera varje detalj. Då blir resultaten bara en lång beskrivning utan tolkning. (Hirsijärvi & Hurme 2001, 146.) Jag har försökt undvika detta genom att lämna bort allt oväsentligt i rapportvasen och fokusera på det innehåll som väsentligt för forskningsfrågorna.

Min egen arbetserfarenhet som socialarbetare inom psykiatriska öppenvården kan vara både en begränsning och men också ett hjälpmedel i studien. Eftersom verksamhetsfältet varit bekant för mig har jag lätt kunna plocka fram det väsentliga i intervjuerna utan att behöva bekanta mig med t.ex. terminologin eller hur arbetet är upplagt. Men min förförståelse för verksamhetsfältet kan i viss mån ha påverkat analysen och tolkningen av resultaten. I kvalitativ forskning som starkt präglas av tolkning kan dock forskaren aldrig fungera helt objektivt. Men det är viktigt att vara medveten och öppen om sina egna synsätt och förutfattade meningar.

7.8 Forskningsetiska synpunkter

De etiska principerna för humanvetenskaperna delas in i tre huvudteman: 1. respekt för den undersökta personen självbestämmanderätt, 2. undvikande av skador och 3. personlig integritet och dataskydd (Forskningsetiska delegationen 2009, 5). Jag kommer i detta kapitel att gå igenom dessa tre principer en i gången och hur jag gått tillväga för att försäkra att dessa uppfylls i min studie.

7.8.1 Respekt för den undersökta personen självbestämmanderätt

Deltagande i forskning bör alltid vara frivilligt (Forskningsetiska delegationen 2009, 5). I de flesta fall tog kontakterna själv kontakt i mig, så frivilligheten uppfylldes på detta sätt. I de fall jag själv direkt frågade informanten om hen vill delta var jag noga med att inte pressa hen att delta om hen var osäker om sitt deltagande.

Informanterna gav sitt samtycke för deltagande genom att fylla i samtyckesblanketten (se bilaga 2) och fick information om studien både skriftligt (se bilaga 1: tiedote) och muntligt vid intervjusituationen. Informanten gavs också möjlighet att ställa frågor eller kommentera studien vid intervjusituationen.

Forskningspersonen ska ha rätt att när som helst avbryta sin medverkan i undersökningen (Forskningsetiska delegationen 2009, 5). Jag informerade deltagarna att de kan avbryta sitt deltagande också efter intervjun påbörjats och intervjumaterialet förstörs om analysfasen inte påbörjats. Om det inspelade bandet har transkriberats och analysen påbörjats går inte medverkan till studien mera att avbryta. Ingen av deltagarna ville avbryta deltagandet.

7.8.2 Undvikande av skador

Deltagarna bestämmer gränserna för vad de vill berätta om de teman undersökningen behandlar (Forskningsetiska delegationen 2009, 8). Jag gav i förväg genom informationsbrevet (se bilaga 1: tiedote) till kännedom vilket temat för studien är. I intervjusituationen försökte jag undvika att ställa frågor som kunde göra deltagarna pressade att ge sådan information om sitt arbete som de upplever är sekretessbelagd.

Forskaren bör ta i beaktande om deltagaren verkar trött, rädd eller genererad, och fast hen inte själv uttrycker att hen vill sluta undersökningen kan dessa tecken ibland tyda på att det är bäst att sluta undersökningen (Forskningsetiska delegationen 2009, 8). Eftersom mina deltagare var villiga att ge av sin tid under sin arbetsdag tyckte jag att det var viktigt att inte låta intervjun ta för länge fast deltagaren inte själv lät antyda att de har bråttom. Jag ville undvika att störa informantens arbetsdag eller påverka att hen får bråttom med sina arbetsuppgifter.

Att forskningspublikationen förorsakas skada och olägenhet för deltagarna bör undvikas. Men forskaren ska ändå kunna publicera resultat utan rädsla för att auktoriteter eller andra som är

föremål för studien blir förargade. (Forskningsetiska delegationen 2009, 8–9.) Min förhoppning var att deltagarna skulle våga ta upp också kritiska synpunkter utan att vara rädda att jag använder deras utlåtande så att de i forskningsrapporten blir igenkända och det får negativa följder för dem på något sätt. Min strävan har varit att rapportera också de kritiska synpunkter informanten tagit upp, men utan att för detaljerat gå in på enskilda svar i materialet. Jag har också försökt presentera resultaten på ett generellt sätt för att undvika att någon blir igenkänd.

7.8.3 Personlig integritet och dataskydd

Forskningsmaterial som innehåller identifierbara uppgifter bör skyddas och sparas separat från det material som ska analyseras (Forskningsetiska delegationen 2009, 10). Deltagarna tillgavs information om att deltagandet i forskningen sker anonymt och att det inte i rapporten går att identifiera vem respondenten är eller på vilken enhet hen jobbar. Personuppgifterna, dvs namnen på socialarbetarna, som samlades in via samtyckesblanketten (se bilaga 3) förvaras i ett låst skåp hemma hos mig tills magisteravhandlingen är godkänd och sedan förstörs blanketterna. Samma procedur gäller de inspelade och transkriberade intervjuerna. Detta material sparas separat från samtyckesblanketterna. Det transkriberade materialet förvaras på Word-online, en molntjänst erbjuden av Microsoft Corporation som är skyddat med ett användarnamn och ett lösenord bara jag vet. Jag har varit mån om att försäkra i alla skeden under forskningsprocessen att endast jag själv har tillgång till det insamlade materialet.

8 Resultat

Resultaten presenteras enligt följande teman: socialarbetarnas arbetsuppgifter och yrkesroll, socialarbetarnas definitioner på återhämtning och faktorer som påverkar återhämtning. Faktorer som påverkar återhämtning har jag indelat i yttre faktorer, inre faktorer och faktorer som utmanar återhämtning (se även Figur 1 ovan).

8.1 Socialarbetarnas beskrivningar av sina arbetsuppgifter och sin yrkesroll

När jag bad socialarbetarna beskriva sina arbetsuppgifter var svaren mycket homogena. Samma typ av uppgifter förekom i så gott som alla socialarbetares svar. Detta kan tydas som att socialarbetarna på olika polikliniker och arbetsgrupper har en klar bild om vilka deras arbetsuppgifter är och att de arbetar i viss mån på samma sätt. Dock förekom en del mindre skillnader som kunde bero på att man jobbade med olika patientgrupper. Patienter med psykosdiagnos kan t.ex. ha olika problem och servicebehov än patienter med affektiv störning.

Nätverksarbete, mångprofessionellt arbete, att hjälpa patienten i praktiska ärenden och i fråga om boendet, psykosocialt arbete och rehabilitering (speciellt yrkesrelaterad rehabilitering) uppfattades höra till socialarbetarens arbetsområde. Några av socialarbetarna nämnde också att andra uppgifter, så som att dra gruppverksamhet för patienterna och känslöarbete med patienten. Socialarbetarna ansåg att deras arbetsinsats hade stor betydelse för patienten. Om inte de grundläggande förutsättningarna som ett hem och pengar för mat och mediciner finns fungerar inte heller vården. Socialarbetarna såg sig vara i nyckelroll för att hjälpa patienten att ordna dessa grundläggande praktiska förutsättningar för återhämtning.

Socialarbetarens patienter beskrevs ofta ha multiproblem, vara fattiga, ensamma, isolerade och i behov att aktiveras och motiveras. Socialarbetarna upplevde att motivering och aktivering av patienterna är en viktig del av deras arbete. På grund av psykisk sjukdom har patienterna ofta nedsatt initiativförmågan och blir lätt passiverade och isolerade till hemmet. Socialarbetarna motiverar patienterna till studier, arbetsliv, arbets- och dagverksamhet och överhuvudtaget delaktighet i samhälle. Detta sker genom att socialarbetaren erbjuder alternativ, förslag och nya synsätt på framtiden. I detta ingår också att socialarbetaren inger hopp i patienten och hjälper patienten att se realiteterna i en situation som för patienten kan kännas totalt hopplös.

Socialarbetarnas beskrivningar av sina arbetsuppgifter innehöll ofta också beskrivningar på deras roll i den mångprofessionella arbetsgruppen. Socialarbetarna reflekterade över sin roll och betydelse i arbetsgruppen. Socialarbetarna såg sig ha en viktig roll i arbetsgruppen men poängterade att detta påverkas också av socialarbetarens personlighet och arbetshållning och hurdan den mångprofessionella arbetsgruppen är. En bra socialarbetare som får en stor roll i arbetsgruppen beskrevs som en socialarbetare som kommer med nya lösningar och ser i patientens situation något som vårdpersonalen och läkaren missat. Socialarbetarna uppskattade att deras roll var väsentlig också på grund av att de tar i beaktande patientens helhetssituation. Socialarbetaren är förberedd på att grundligt utreda och fördjupa sig i patientens situation. Att socialarbetaren lyssnar på patienten ansågs vara viktigt.

Socialarbetarna berättade också om hur den mångprofessionella arbetsgruppens förhållningssätt till dem och deras arbete har stor betydelse. En av informanterna beskrev socialarbetarens roll i arbetsgruppen på följande sätt:

Den är ju jätteviktig. De säger ju alla läkare. Jag tycker att man får mycket positiv feedback, att det är viktigt. Jag har aldrig känt att jag inte är sedd eller hörd.

(Informant 6)

Arbetsgruppen sägs påverka socialarbetarens roll genom att endera låta socialarbetarens själv definiera sina arbetsuppgifter och arbeta självständigt, eller i värsta fall genom att använda socialarbetaren som sekreterare. Socialarbetarna anser att de borde få jobba självständigt och att de andra yrkesgrupperna inte ska definiera deras arbetsuppgifter. För att detta ska förverkligas föreslås att socialarbetaren kunde tas med i ett tidigare skede och utvärdera patients situation före patientens problem urartar sig för mycket. Socialarbetarna skulle träffa alla nya patienter och göra en evaluering över deras situation och behov för socialt arbete. Socialarbetarnas synpunkter stämmer också överens med Antikainen-Juntunens (2005, 142–147) studie som visar att man inom hälsovården tar socialarbetaren med för sent i processen då patientens situation redan blivit sämre.

Socialarbetarna för fram att det finns stora skillnader mellan de roller som ges dem i arbetsgruppen, beroende på hurdan erfarenhet läkarna, psykologerna och sköterskorna har av samarbete med socialarbetare. Socialarbetarna anser också att de andra yrkesgrupperna behöver inskolning i vad socialarbetarnas arbetsuppgifter på psykiatriska polikliniken innebär. Detta skulle resultera i att socialarbetarresursen skulle användas på ett effektivt sätt och att arbetsfördelning med t.ex. FPA och socialhandledningen skulle bli klarare. Speciellt poängterade de intervjuade socialarbetarna att nya läkare är osäkra på vilka patienter skall skickas till socialarbetarna och vilka man bara kan instruera till att t.ex. kontakta FPA.

Sammantaget verkade socialarbetarna vara nöjda med sitt arbete. Socialarbetarna beskrev sina arbetsuppgifter som mycket mångsidiga, varierande och intressanta. Missnöjdsamhet hörde ihop med organisatoriska faktorer som för stora förändringar i personalsammansättningen och personalbrist, vilket leder till brist på kontinuitet i vården. Förändringar i arbetsuppgifterna (se kapitel 7.3) orsakade också lite missnöjdsamhet bland en del av respondenterna. Med de nya arbetsuppgifterna syftar socialarbetarna på tjänstepersonsuppgifterna som blivit en del av deras arbete från och med 2018. Dessa uppgifter är lagstadgade (i socialvårdslagen) och innefattar bland annat att fattabeslut om beviljandet av förebyggande eller kompletterande utkomststöd och utredningar om servicebehov. Missnöjsamheten med nya arbetsuppgifterna hörde ihop med att man upplevde att man inte fått tillräckligt resurser och redskap att handskas med de nya uppgifterna. En del av socialarbetarna ansåg sig ha för mycket arbete eller att de inte fått samma redskap till sitt befogande som finns i socialt arbete för vuxna, t.ex. möjligheten att göra förslag på krisboende, som än så länge kan göras endast av socialarbetaren i vuxenservicen. Eller så upplevde socialarbetarna att en del av arbetsuppgifterna var onödiga från patientens synvinkel. En socialarbetare nämnde t.ex. att en patient var mycket förvånad att det nu ska göras utredning av servicebehov enligt socialvårdslagen efter att ha jobbat med socialarbetaren i flera år och hen kände patientens situation och servicebehov mycket väl. Det som socialvårdslagen förutsätter passar inte alltid ihop med arbetssätten på psykiatri, där man känner patienterna bättre, konstaterade socialarbetaren. Det framkom dock ingen stor missnöjdsamhet med de nya arbetsuppgifterna, utan de flesta socialarbetare tyckte att de genom de nya arbetsuppgifterna fått större möjligheter att hjälpa patienten. I intervjuerna framkom ofta hur socialarbetarna upplevde beviljandet av utkomststöd som ett bra medel att hjälpa patienten. Utkomstöd beviljades till

exempel för mediciner, psykoterapi eller simkort vilket man ansåg stöda patientens aktiva liv och framtidskridande i vården.

De nya arbetsuppgifterna väckte tydligt ett behov hos socialarbetarna att reflektera över sin yrkesidentitet. Socialarbetarna funderade på sin yrkesroll och hur den skiljer sig från socialarbetarens roll inom vuxenservicen. Fastän en del av arbetsuppgifterna är de samma (som att bevilja utkomststöd), ville socialarbetarna betona att man är en del av psykiatriska hälsovården där *inte vem som helst kan ansöka om vad som helst* (syftar på utkomststöd). De flesta socialarbetare ville starkt identifiera sig som socialarbetare inom hälsovården. De såg sitt arbete som något väsentligt annorlunda än socialt arbete med vuxna och var stolta över att vara en del av hälsovården. Fastän de flesta socialarbetare starkt identifierade sig med hälsovården och tog avstånd från socialt arbete med vuxna fanns det några få socialarbetare som tyckte att hälso- och socialvården bör integreras starkare. De tyckte att psykiatriskt socialt arbete bör förnyas och det behövs mer samhällelig syn i psykiatrin. Kraven på förändring lades inte heller endast på socialarbetarna utan på hela psykiatriska vården i allmänhet som man ansåg behöver mer samhällelig och helhetsbetonad insikt. Patienterna ansågs behöva mer skraddarsydd service som kombinerar service flexibelt från både hälso- och socialvården enligt patientens individuella behov. Man förde fram att det är socialarbetarens uppgift att kunna leda denna typ av nätverksarbete som integrerar hälso- och socialvård.

8.2 Återhämtning som term

Nästan alla socialarbetare jag intervjuade var bekanta med termen återhämtning. Många berättade att återhämtningsteorin är något man inom Helsingfors stads psykiatriska vård betonar och utbildar i. En del av socialarbetarna hade deltagit i utbildning gällande återhämtning. I sina definitioner på termen återhämtning skilde respondenterna klart på *återhämtning* och *tillfrisknande*. Socialarbetarna betonade att återhämtning inte är att tillfriskna utan leva ett meningsfullt och tillfredsställande liv oberoende av sjukdomen. Återhämtningens innebörd ansågs vara kopplad till sjukdomens karaktär. Socialarbetarna delade synen att en del psykotiska sjukdomar är mer kroniska och återhämtning i dessa fall kan innebära att man når en bra vårdbalans men aldrig blir av med sjukdomsdiagnosen. Man betonade att patienten själv slutligen är den som definierar vad hens återhämtning innebär. I intervjuerna framkom att patientens egen upplevelse av sin återhämtning och vilket skede den är inte alltid hade betydelse

när vårdpersonalen och då slutligen läkaren gjorde beslut om att avsluta vården. Men det är inte patienten som bestämmer hur lång vårdperioden är. Korta effektiva vårdperioder ansågs vara en ökande trend inom psykiatrin.

En av respondenterna beskrev återhämtning på följande sätt:

Kanske jag har själv uppfattat återhämtning så att fastän man har någon långtidssjukdom så som skitsofreni, som man inte kan tillfriskna från helt. Så har man ändå möjlighet att med hjälp av medicinering och annan vård nå ett läge då sjukdomen inte så mycket begränsar, utan man kan delta enligt egen kapacitet i utbildning och arbetsliv. Eller på något sätt vara del av samhället.

(Informant 1)

Även om de flesta var bekanta med termen återhämtning var det vanligt att respondenterna under intervjuens gång tog fram att de inte är vana att använda denna term, eller helt enkelt använde rehabilitering i stället. Vissa sa direkt att återhämtning har mycket gemensamt med rehabilitering och/eller att de väljer att använda denna term i stället. Återhämtning verkade inte vara en del av respondenternas vokabulär och jag tror inte någon skulle ha använt denna term spontant om jag inte själv frågat kring detta begrepp.

En del respondenter tog också fram att återhämtningsteorin har samma värdegrund och principer som i socialt arbete. Tidigare litteratur och studier betonar att detta gör att återhämtning är ett användbart begrepp för socialt arbete (t.ex. Lukens & Solomon 2013, 68–69; Romakkaniemi & Kilpeläinen 2015, 440). Men en del av respondenterna upplevde det tvärtom så att eftersom återhämtningsteorin och socialt arbete har så mycket gemensamt har återhämtningsteorin ingenting nytt att komma med för socialarbetarna.

Självklart är återhämtningsteorin något man nuförtiden talar om. (...) men för mig är det sak samma, för återhämtningsteorins teser är färdigt inbakade i socialt arbete. Att arbeta patientcentrerat och att utöka patientens samhälleliga deltagande och sådant är ju självklart i socialt arbete och socialt arbete kan sägas basera sig på dessa.

(Informant 4)

8.3 Faktorer som påverkar återhämtning

Yttre faktorer

Som redan tidigare nämnts ser socialarbetarna som en av sina viktigaste uppgifter att vara den som ordnar patientens praktiska ärenden och jobbar för att förbättra patientens yttre förutsättningar. Socialarbetaren är den personen inom psykiatrien som jobbar med det konkreta. Socialarbetarna betonar att vården och återhämtningen hämmas om inte de praktiska förutsättningarna för ett mänskligt liv är i skick. Då de praktiska förutsättningarna förbättras främjas också återhämtningen. Svåra problem i boende eller ekonomin kan också delvis orsaka och förvärra psykiska sjukdomar. Psykiska sjukdomar ansågs också förvärra de praktiska förutsättningarna genom t.ex. försämrade ekonomi om patienten inte är arbetsförmögen.

Praktiska förutsättningar som nämndes i intervjuerna är följande: boende, ekonomi, praktiskt stöd i att uträtta ärenden, arbete, studier, meningsfulla aktiviteter och rehabilitering.

Problem med boendet var mycket vanligt bland patienterna och ansågs delvis bero på strukturella orsaker som brist på billiga bostäder i Helsingfors. Detta leder ofta till hyresskulder och ekonomiska problem. Vilket igen försvårar patientens möjlighet att få en billigare bostad. Förutom detta ansvarar socialarbetaren inom psykiatrien för ansökningsprocesserna för stödboende och serviceboende för psykiskt sjuka. Socialarbetaren utreder patientens behov av stödboendet och gör ett utlåtande och fyller ansökningsblanketten i samarbete med vårdpersonalen och patienten.

Ekonomiska problem som socialarbetarna nämnde hörde ofta ihop med patienters svårighet att söka eller få tillgång till de ekonomiska stöd som man borde få när man är sjuk och arbetsoförmögen. Det var mycket vanligt bland patienter att ansökan om sjukpension eller

rehabiliteringsstöd hade avslagits. Patienterna behövde ofta stöd i att uträtta ärenden hos FPA, arbetspensionsanstalten eller andra myndigheter. Patienterna kunde också ha skulder och utsokningsärenden de inte vara kapabla att sköta själv. Förutom att hjälpa patienterna med ovan nämnda, hade socialarbetarna möjlighet att bevilja förebyggande och kompletterande utkomststöd. Socialarbetarna upplevde att dessa relativt små ekonomiska satsningar kunde ha stor påverkan på patienten, t.ex. så att hen fick de nödvändiga medicinerna eller hade möjlighet att besöka en simhalle eller gå på gymmet och på så vis leva ett aktivare liv. Tidigare studier har kommit till liknande resultat, d.v.s. att små ekonomiska satsningar ökar möjligheten till socialt deltagande och genom detta också på sjukdomssymptomen (t.ex. Davidson et al., 2001; se Topor 2011, 8).

Socialarbetarna beskriver också hur de stöder patienterna i att söka sig till studier och arbete. Socialarbetaren utreder och planerar tillsammans med patienten och vårdpersonalen den yrkesrelaterade rehabiliteringen och föreslår också att patienten söker sig till dags- eller arbetsverksamhet vid behov. Detta kräver ett mångsidigt kunnande om rehabiliteringsmöjligheter och servicesystemet i allmänhet. Socialarbetaren samarbetar också aktivt med bl.a. FPA, arbetspensionsanstalten och TE-tjänsterna. Socialarbetarna poängterar att tillfredställande sysselsättning och möjlighet till personlig utveckling främjar återhämtning från psykisk sjukdom. Liknande resultat har man kommit fram till också i tidigare studier (t.ex. Wallcraft 2005).

Fastän det ”praktiska ordnandet” betraktades som en av socialarbetarens huvuduppgifter visade det sig att socialarbetarna skulle vilja begränsa denna typs arbete och tyckte att en del av detta skulle höra till socialhandledningen eller handläggare på t.ex. Kela. Eftersom det inte jobbar socialhandledare på psykiatriska polikliniken ansåg socialarbetarna sig tvungna att också göra sådant de i princip inte ser att hör till deras arbetsuppgifter som att hjälpa patienten fylla ansökningar. Detta tolkar jag som att socialarbetarna skulle starkare vilja se sig som ledare och koordinerare av praktiska ärenden och lämna en del av det praktiska arbetet till andra yrkesgrupper.

Socialarbetarna förde starkt fram de samhälleliga och strukturella faktorernas inverkan på återhämtning. Bostadsbristen inom huvudstadsregionen och för hög hyresnivå nämndes som en strukturell faktor som påverkar återhämtning negativt. Bättre möjligheter till deltidsarbete var

också en strukturell faktor som nämndes. Nuförtiden är deltidsarbete är inte lätt att ordna speciellt för unga människor som inte har ännu hunnit börja sin arbetskarriär. En del av socialarbetarna nämnde det strukturella arbetet som en del av deras arbetsuppgifter inom psykiatrin. Man konstaterade att det inte räcker att vara medveten om dessa strukturella faktorer utan man bör också arbeta för att påverka dem.

Socialt arbete är som bäst när det har en strukturell sida, och det inte bara är evigt slitande med individarbete. (...) Härifrån har det ju skrivits ända till riskdagens justitieombudsman härifrån, vilket på sätt och vis är ett sätt att försöka påverka strukturellt att man skulle få någo vett i dom här besluten. Vilket sedan kunde påverka linjedragningar i till exempel FPA.

(Informant 4)

I intervjuerna underströks också att socialarbetaren har en samhällsliga syn och sociala förståelse på psykiska sjukdomar som ingen annan yrkesgrupp inom psykiatrin innehar i samma mån. Socialarbetarens samhällsliga syn upplevdes också som en motkraft till medikaliseringen av psykiska sjukdomar. En av respondenterna beskrev att den psykiatriska vården skulle vara mycket snävare utan socialarbetarens insats. Samtliga socialarbetare ansåg att utan förståelse för de samhällsliga och sociala faktorerna på psykisk sjukdom, kan återhämtning hämmas. Det behövs någon som tar i tu med det praktiska ordnandet och ser patienten som en helhet. Att ha en helhetssyn på patientens situation betraktades som unikt för socialarbetaren och i intervjuerna beskriver socialarbetarna situationer där de andra yrkesgruppernas brist på helhetstänkande visar sig. Till exempel kan läkarna avsluta patienternas vård för tidigt utan att ta i beaktande helhetsbilden och utan att patienten har en möjlighet till fortsatt stöd t.ex. inom barnskyddet. Socialarbetarens holistiska synsätt på patienten i psykiatrin tas också upp i tidigare forskning, bl.a. tycker Romakkaniemi och Kilpeläinen (2015) att socialarbetaren borde ha en större roll inom psykiatrin just på grund av denna benägenhet att se patientens helhetssituation.

En väsentlig del av det ”praktiska ordnandet” är nätverksarbetet. För att ordna upp det praktiska för patientens återhämtnings skall socialarbetaren kunna bygga upp ett nätverk av aktörer och service. För att kunna bygga upp fungerande nätverk för rehabiliteringen bör socialarbetaren

vara tillräckligt bekant med servicesystemet. Socialarbetaren bör kunna skräddarsy ett nätverk av service som patienten behöver just i sin situation.

Vi borde ha klart nätverken och att vi bygger upp sådana nätverk så just som klienten behöver. Att från dens egna knutar, hälsostationen och hemvården, skolan, skolhälsovården, skolkuratorn, skolpsykologen. Vi har patienter som har själv problem men barnen har också diagnoser. Skolhälsovården, skolkuratorn och barnskyddet hela det här. Det är ju ganska stort. Men jag har ju fler klienter som borde ha hela det här. Och hela Arbetskraftsbyrån. Och hela den sidan, ohjaamon, verven och kela. Det är enorma helheter. Och att sen göra en bedömning och föreslå att vi bygger upp ett sånt här paket. Det är ju det enda sättet att vi tar med alla instanser då när det behövs och i rätt tid och gör en plan och tajmar.

(Informant 5)

Tajmingen och tidens betydelse är faktorer som lyftes starkt upp i nästan varje intervju. Socialarbetarna betonade att återhämtning kräver tid och sker i små steg. Återhämtning betraktades som något som sker icke-linjärt, man går framåt och bakåt. Ibland har patienten motgångar och bakslag i återhämtningen. Förutom att återhämtning tar länge talade socialarbetarna också om den rätta tajmingen och att det är viktigt att planera och välja rätt tidpunkt för interventionerna. Återhämtningens början och slut ansågs svårt att definiera. Vem är det som vet när återhämtningen är ”färdig”? Patienten och läkaren kan ha olika åsikter om detta. Det underströks också att patienten får inte lämnas ensam för tidigt och att kontinuitet och uppföljning är viktigt. Återhämtning betraktades också som en fortgående process som ur den synvinkel att det alltid finns något att ännu utveckla och att man aldrig är helt färdig.

Att du tar i beaktande att du har blivit sjuk och kommit in på psykiatrin så har de ju inte kommit så här knallfall, utan så småningom. Utan det är flera faktorer som inverkar på det. Så betyder det också att det tar en lång tid att återhämta sig.

(Informant 5)

Informanterna konstaterade också att alltid ges inte patienten den tid hen behöver utan vården avslutas för tidigt.

Nu ska ju vården vara kort och effektiv. Vilket betyder att man skriver ut ganska snabbt också på polikliniken folk. Då måst jag nog säga att ibland kanske inte patienten är riktigt ännu där. Så då har vi ibland gjort att läkaren har sagt att nu tar vården slut här men om det t.ex. har funnits att barnskyddet är här så har jag kunna säga att jag träffar ännu den här familjen och barnskyddet. Fast hon är utskriven härifrån. Att man håller tillräckligt länge så att de säkert har tagit koppi i andra ändan, barnskyddet. Att inte den här patienten blir lämnad ensam för tidigt.

(Informant 6)

Inre faktorer

Socialarbetarna ansåg sig inte arbeta endast med de praktiska sakerna i patientens liv. Det psykosociala arbetet uppskattades vara en viktig del av socialarbetarens arbete med patienten och det ansågs som betydelsefullt för återhämtningen. I det psykosociala arbetet lyftes fram socialarbetarens funktion som den person som inger hopp och tro i patienten. Det lyftes också fram att en del patienter vill också planera sitt liv med socialarbetaren:

(...) men sen finns de dom som bara vill diskutera att ska hen göra si eller så med att fortsätta att jobba eller studera. Så bara att sitta och diskutera kan vara bra.

(Informant 6)

Socialarbetaren uppmuntrar och hjälper att hitta nya synsätt på både de inre och yttre omständigheterna. Socialarbetaren upplevde sig också vara den person som motiverar patienten. Den motiverande intervjun nämndes som metod, som också en del hade fått utbildning i.

Empowerment som styrande princip för arbetet betonades av flera respondenterna. Att patienten själv är aktiv i att planera sin rehabilitering, lär sig att stegvis själv klara av de saker hen får hjälp

och stöd med och blir självständigare ansågs som viktigt. Att öka patientens upplevelse att vara delaktig i samhället betraktades också som en sak socialarbetaren kan stöda patienten med.

Faktorer som utmanar återhämtning

Speciellt motivationsbrist lyftes upp som en faktor som kan hindra återhämtning. Ibland ser patienten själv inte något problem i att sitta hemma passivt isolerad. Motivationsbristen betraktades dock också som ett symptom för sjukdom. Uppföljning och kontinuitet nämndes också som viktigt för återhämtningen och för tidigt avslutad vård utan uppföljning ansågs påverka återhämtningen negativt. Socialarbetarna tyckte också att föräldrarna i vissa fall också kunde så att säga störa vården och påverka patientens återhämtning negativt. Detta gällde både i fall där föräldern var för engagerad och gjorde för mycket, och i fall där föräldern hade orealistiska förväntningar på patientens tillstånd, dvs förstod inte sjukdomens allvar. Personalförändringar som bröt kontinuiteten i vården nämndes också som hämmande faktor.

När jag frågade socialarbetarna om deras erfarenheter av patienternas återhämtning framkom att socialarbetarna inte alltid ser resultaten av sitt arbete med patienterna. Ovetenskapen om hur socialarbetarens insats påverkat patienten upplevdes också påverka socialarbetarens egen motivation i arbetet negativt:

(...) hur kunde man bygga upp tron på att det här är viktigt arbete fast man inte ser resultaten? Kanske sen när jag ser patienten nånstans. Eller när någon berättar mig hur bra allting gått. Den informationen får man inte lätt. Kanske det är ett tecken på att sakerna är bättre när människan inte kommer på nytt i vården?

(Informant 2)

Socialarbetarna fick ofta inte information om hur deras interventioner påverkade patienterna på längre sikt. Information om att patienten mår bättre nådde dock ibland socialarbetaren på inofficiella vägar, t.ex. så att socialarbetaren stötte på patienten på gatan och tyckte att hen såg ut att må mycket bättre. I intervjuerna framkom att socialarbetarna ofta inte har en möjlighet att följa med patienterna tillräckligt länge för att se patienterna återhämta sig.

Tyvärr så ser man sällan att människor lyckas [i att återhämta sig]. Eller de kan ju vara så att de inte är mera hos oss utan någon annanstans då, men som yrkesperson ska jag ändå hålla upp nån sorts hopp och tro.

(Informant 3)

Bristen på feedback kan ha att göra med att återhämtning kräver tid (se också kapitel 8.3) och att socialarbetaren inte jobbar med samma patient i långa perioder. Av egen erfarenhet som socialarbetare inom psykiatri kan jag säga att det inte alltid finns resurser för att jobba långsiktigt med patienterna. Nya patienter hänvisas dagligen till socialarbetarens mottagning. Man träffar sedan patienten några gånger och det finns sällan tid för uppföljning av patientens situation. Information och feedback av hur patientens situation utvecklas efter kontakten med socialarbetaren kommer inte nödvändigtvis till socialarbetarens kännedom fastän den vårdande personen och läkaren skulle se att framsteg och återhämtning sker. Patienten hänvisas på nytt till socialarbetaren om hen får nya problem eller har andra ärenden som hör till socialarbetarens arbetsområde. Dock tar en del av socialarbetarna upp långvariga patientförhållanden, då de arbetat med en patient i flera år. Men jag tolkar att dessa tas upp på grund av de är mera undantag än en regel.

Att man inte hinner se patienten återhämta sig kan också ha att göra med en ökade arbetstakt och förkortad vårdtid på psykiatriska poliklinikerna som också informanterna nämner. Det kan handla om ett allmännare fenomen inom psykiatri så att inte heller vårdpersonalen hinner se återhämtning före vårdperioden är slut. Patienter som mår bättre försvinner ur vårdsystemet eller försvinner de redan innan de börjar må bättre?

9 Slutsatser och diskussion

I detta kapitel återkommer jag till mina forskningsfrågor och reflekterar över studiens resultat utgående från dessa.

9.1 Socialarbetarens arbetsuppgifter och yrkesroll

Min första forskningsfråga var att utreda vilka socialarbetarens arbetsuppgifter och yrkesroller är inom psykiatrin. På basis av mina resultat hade socialarbetarna en relativt klar bild av sin roll och sina arbetsuppgifter. Beskrivningarna av arbetsuppgifterna varierade inte heller så mycket mellan olika socialarbetare. Socialarbetarna verkade ha en stark yrkesidentitet och betraktade sin roll i arbetsgruppen som mycket viktig. Dock fanns det en del skillnader beträffande hur socialarbetarna upplevde att deras arbete borde utvecklas i framtiden. En del tyckte att större förnyelser behövs i psykiatriskt socialt arbete, andra ville hålla fast i rollen som socialarbetare inom hälsovården och ville dra en stark gräns mellan sitt arbete och arbete inom vuxensocialarbete. I tidigare undersökningar har det framkommit att socialarbetarna inom hälsovården ibland är osäkra på sin roll och sina arbetsuppgifter. Enligt en del studier överlappar socialarbetarnas arbetsuppgifter delvis med de andra yrkesgruppernas arbetsuppgifter, vilket kan skapa osäkerhet om "ens plats och roll" i vårdteamet. (O'Brien & Calderwood 2010, Pylväs 2003, 8.) Denna typs osäkerhet förekom dock inte i någon stor grad i mina intervjuer.

Det framkom dock i intervjuerna att socialarbetarna upplevde att de andra yrkesgrupperna inom det mångprofessionella teamet inte alltid förstod socialarbetarens roll. Speciellt poängterades att nya läkare ibland inte hade en aning om vad socialarbetaren inom psykiatrin jobbade med. En del socialarbetare berättade hur de aktivt tagit över ansvaret att informera och göra dessa läkare medvetna om vilket socialarbetarens arbetsområde är. I tidigare litteratur och studier har man tagit fram liknande problem. Rauni Korkealaakso kommer i sin pro-gradu avhandling (2006) till samma slutsatser genom att intervjua läkare. Läkarna tyckte socialarbetarnas arbetsinsats var viktig men det fanns ändå en stor variation gällande hur de förstod socialarbetarens roll. Läkarna betonade socialarbetarens roll som den yrkesperson som sköter patientens ekonomiska ärenden och de ansåg t.ex. att nätverksarbetet som socialarbetarna bedrev var sekundärt i förhållande till

de ekonomirelaterade arbetsuppgifterna. (ibid.) Tidigare studier och resultaten i denna studie visar att socialarbetarna själva igen ser nätverksarbete som en av deras kärnuppgifter.

Nätverksarbete och ett holistiskt arbetssätt är enligt tidigare studier en väsentlig del av psykiatriskt socialt arbete (bl.a. Romakkaniemi & Kilpeläinen 2015; Framme 2014; Evans et al.. 2012). Socialarbetarna arbetar med patienter som har multiproblem. Patienterna som socialarbetaren träffar har oftast också andra problem än mentala problem. De sociala och ekonomiska problemen förvärrar de psykiska symptomen. Då problemen är komplexa behövs ett fungerande nätverk kring patienten och fungerande mångprofessionell kommunikation och samarbete. Detta tas upp i intervjuerna som något väsentligt för att lyckas i arbetet och att för att patienten skal få den hjälp hen behöver. I intervjuerna framkommer att socialarbetaren är en viktig aktör i uppbyggande av nätverket kring patienten och att hen ansvarar för att patientens situation tas i beaktande i sin helhet.

Ingen av de intervjuade socialarbetarna nämner direkt att hen skulle arbeta terapeutiskt. En respondent nämner dock att hen ibland med vissa patienter går in på *känsloarbete*. Enligt en finsk studie har över 30 % av finska socialarbetare som jobbar inom psykiatri en psyko-terapeutisk utbildning och 30 % har som plan att utbilda sig till psyko-terapeut (Leinonen 2018b). Med detta resultat i tanke var det lite överraskande att ingen av respondenterna i min studie hade psyko-terapeutisk utbildning. I stället betonade socialarbetarna vikten av samhälleligt kunnande och förståelsen av de samhälleliga strukturernas påverkan på psykiskt välmående. Socialarbetarna föreföll inte påverkats av det psykiatriska tankesättet utan valde att representera en starkt samhällsorienterad synvinkel på psykiska sjukdomar. Eftersom urvalet var relativt litet (N=7) måste man ta i beaktande att det kan ha varit ett sammanträffande att ingen av respondenterna hade psyko-terapeututbildning.

Tidigare studier tar upp spänningen mellan *counselling* och *advocacy*, det vill säga utmaningen i att förena rollen som behandlare och ombudsman. Enligt tidigare studier upplever dock socialarbetarna att de kan kombinera dessa och fungera i båda rollerna. (Framme 2014, 100; O'Brien & Calderwood 2010, 330.) Men ändå konstateras det i studierna att socialarbetarnas arbetsuppgifter är mångsidiga och de gör *lite av allting* vilket ledet till att det är svårt att definiera och motivera deras bidrag för vården på samma sätt som de andra yrkesgrupperna inom

psykiatrin. Därför föreslår O'Brien & Calderwood att i stället för att tävla med de andra yrkesgrupperna om att vara psykoterapeut skulle socialarbetaren söka nya roller (2010, 323). Resultaten i min studie tyder på att socialarbetarna gjort just så och tagit avstånd från psykoterapirollen och betonar i stället sin roll som de enda samhällsvetarna inom psykiatrin. Dessutom måste man ta i beaktande att socialarbetarna som deltog i denna studie hade just blivit tilldelade nya arbetsuppgifter och en myndighetsroll, som kan vara problematiskt att kombinera med en psykoterapeutrollen. Denna nya myndighetsroll kan också på längre sikt leda till att psykiatriskt socialt arbete drivs allt längre bort från psykoterapeutiskt inriktat vårdande socialt arbete.

9.2 Socialarbetarnas syn på återhämtning

Min andra forskningsfråga handlade om hur socialarbetarna ser på återhämtning. Mina resultat visar att socialarbetarna är bekanta med termen återhämtning men de upplever inte att de medvetet skulle använda sig av denna teoretiska inriktning i sitt arbete. På basis av resultaten framhåller socialarbetarna att de inte medvetet agerar enligt återhämtningsteorins principer. Samtidigt så förefaller deras arbetssätt ändå ha liknande värdegrund och principer som återhämtningsteorin. Likheter mellan socialt arbete och återhämtningsteoretiska principer tas ibland också upp av socialarbetarna själva i intervjuerna. De konstaterar att återhämtningsteorin inte tar fram något nytt utan principerna är redan bekanta i socialt arbete. Jag tolkar att socialarbetarna här syftar på socialt arbete i allmänhet, inte bara på socialt arbete inom hälsovården.

Enligt Maria Klamas utvidgade perspektiv på återhämtning (se kapitel 5.2) ses individen mångsidigt i sin kontext med betoning på möjligheter till återhämtning. Socialarbetarnas beskrivningar av patientens återhämtning har likheter med detta perspektiv. De intervjuade socialarbetarnas hade en holistisk syn på patienten och hans komplexa livssituation. Även tidigare studier har kommit fram till att socialarbetarna inom psykiatrin arbetar helhetscentrerat (bl.a. Romakkaniemi & Kilpeläinen 2011; Evans et al., 2012). De intervjuade socialarbetarna tog mångsidigt i beaktande olika faktorer som påverkar individens psykiska välmående så som boende, arbete, sociala kontakter osv. En av återhämtningsteorins grundläggande principer är just att fokusera på helheten och hela den sociala kontext där individen lever (Topor 2011). Att återhämta sig från konsekvenserna av psykisk sjukdom kan vara svårare än att återhämta sig från

själva sjukdomen (Klamas 2010). I socialarbetarens arbetsuppgifter ingår just att jobba med dessa konsekvenser så som arbetslöshet, problem i boendet, skulder, ekonomiska problem osv. Resultaten från tidigare undersökningar visar att ett mer holistiskt synsätt skulle behövas för att stöda psykiskt sjuka människors återhämtning, och att socialarbetaren därför kunde ha en starkare roll inom psykiatri. (Romakkaniemi & Kilpeläinen 2015.)

Socialarbetarna beskriver hur patienten själv är med och planerar sin rehabilitering och tar så småningom sitt liv i egna händer. I intervjuerna framkommer starkt synen på att patienten inte ska bli beroende av socialarbetarens hjälp och stöd utan så småningom kunna ta ansvar över sitt eget liv. Liknande synsätt förespråkas också i återhämtningsteorin. Patientens aktiva roll och självständighet betonas (t.ex. Klamas 2010, 46).

9.3 Socialarbetarens roll i patientens återhämtning

I den tredje forskningsfrågan ville jag utreda hur socialarbetaren kan främja patientens återhämtning. Min studie visar att socialarbetaren kan stöda patientens återhämtning genom att förbättra patientens materiella levnadsomständigheter, genom att hjälpa patienten att hitta meningsfulla aktiviteter eller rehabilitering samt genom att motivera och inge hopp i patienten.

På basis av min studie upplever socialarbetarna att de har ett mångsidigt kunnande om service- och stödsystem och att de därför kan hjälpa patienten att hitta den rätta servicen och stöden. Socialarbetarna planerar även yrkesrelaterad rehabilitering tillsammans med patienten och ett mångprofessionellt team. Förutom adekvat vård och stöd, främjas återhämtningen av en tillfredsställande sysselsättning och möjligheter till personlig utveckling (jfr. även Wallcraft 2005). Dessutom har socialarbetarna på psykiatriska poliklinikerna nuförtiden också möjlighet att tilldela patienterna behovsprövat kompletterande eller förebyggande utkomststöd. Socialarbetarna i min studie upplevde detta som ett nyttigt redskap i deras arbete. Det finns studier (t.ex. Davidson et al., 2001; se Topor 2011, 8) som visar att social tillbakadragenhet har mer att göra med sociala omständigheter än sjukdom och ett extra bistånd kan minska sjukdomens symptom. Så som ofta påpekats i denna studie och tidigare studier (t.ex. Topor 2011, Klamas 2010) är det inte lätt att återhämta sig om man är mycket belastad på grund av ekonomiska problem eller problem med boendet. Ändå är det enligt min egen yrkeserfarenhet ofta så att ”vårdpersonalens” (dvs läkarens, den psykiatriska sjukskötarens, psykologens)

åtgärder anses som centrala för psykiatrisk vården, och socialarbetarens insatser är endast ett ”stöd” för dessa. Detta kan enligt mig försvåra patientens återhämtning.

Vidare nämner socialarbetarna intervjuerna att en av deras arbetsuppgifter är att motivera patienterna och ge dem nya synsätt. Att inge individen hopp och framtidstro är också något som är centralt för återhämtning. Hopp är dock ett begrepp som är svårt att mäta och att genom forskning visa hur det främjar återhämtning. Allt börjar i grund och botten från hur yrkesmänniskan eller socialarbetaren möter patienten. Ömsesidighet och ett genuint bemötande karaktäriserar en bra relation som stöder återhämtning (Wallcraft 2005). Makten mellan yrkesmänniskan och patienten balanseras när man involverar patienten i stödprocessen (Klamas 2010, 158). Socialarbetarna talar i min studie om empati, servicebenägenhet, förtroende och om vikten att få tillräckligt med stöd. Dessutom betonar de empowerment och att patienten själv är med och planerar sin rehabilitering.

Tidens betydelse för återhämtningen är ett tema som nästan alla socialarbetare tar upp i intervjuerna. Återhämtning tar tid och sker i små steg. Återhämtningen sker ojämnt och ibland kan det tidvis se ut som om det går sämre. Rätt ”timing” är också en faktor som flera socialarbetare nämner. Dessa kommentarer är liknande vad tidigare forskning också kommit fram till. Vård och rehabilitering ska erbjudas vid rätt tidpunkt till patienten. Vårt servicesystem tar inte alltid i beaktande att återhämtning och rehabilitering sker i individuell takt. Därför kan patienten påtvingas åtgärder hen inte är redo för (Romakkaniemi & Kilpeläinen 2015, 447–451, Wallcraft 2015, 210). Förutom timing är kontinuitet en viktig faktor som socialarbetarna nämner. Eftersom återhämtning kan ta en längre tid så påverkar det märkvärt återhämtningen om personalen ständigt byts. Det blir då svårt att bygga ett förtroendefullt och kontinuerligt förhållande mellan patienten och socialarbetaren. Detta kan till och med hämma återhämtningen. Ett sätt att motverka personalbyten är ju att försäkra sig om att personalen mår bra och orkar med sitt arbete. En viktig poäng som också togs upp i intervjuerna är socialarbetarens egen återhämtning från arbetet. Detta ökar socialarbetarens engagemang i arbetet och indirekt också patientens återhämtning.

Gränsöverskridningar är enligt tidigare studier en faktor som påverkar återhämtning (Topor 2001; 2011; Topor et al. 2006; Wallcraft 2005) men i mina intervjuer framkom detta inte.

Med gränsöverskridningar menas att yrkesmänniskorna fungerar utöver sin yrkesroll, hjälper patienten på sin egen tid, utan lön eller tar annars till okonventionella åtgärder. Utmärkande för detta är att patienten beskriver hur hen känner sig speciell och utvald och upplever att hen är den enda som får denna typ av uppmärksamhet av yrkesmänniskan. (Topor 2001.) Relationen karaktäriseras av en genuin och ömsesidig kontakt (Wallcraft 2005). Denna typ av relationer mellan patient och yrkesmänniska står i konflikt med vårdmanualerna och kan inte knytas ihop med någon metod eller vårdinsats. (Topor 2011.) I intervjuerna framkom dock få exempel på ett dylikt. Det enda som påminde lite om gränsöverskridningar var att en del socialarbetare föreföll att kanske arbeta lite extra för patienten. Dessa var ofta samma socialarbetare som beskrev att de hade för mycket arbete och att mer socialarbetar- eller socialahandledarresurs skulle behövas. Risken med gränsöverskridningar är att yrkesmänniskorna kan bli beskyllda för att vara för involverade och oprofessionella (Topor et al. 2005). Därför kan det vara svårt att få socialarbetarna själva att tala om gränsöverskridningar. Man bör också minnas att upplevelsen av gränsöverskridningar är subjektiv. Patienten kan uppleva sig som speciell och att gränser överskrids från yrkespersonens sida när däremot yrkespersonen kan uppleva detta som en standardprocess.

9.4 Avslutande diskussion

Återhämtningsteorin har kritiserats för att individualisera psykiska problem och lägga för stort ansvar på individen (Romakkaniemi & Kilpeläinen 2015, 442). Som denna undersökning och tidigare forskning påvisar, innefattar återhämtning starkt också sociala och samhällseliga aspekter. Människans psykiska hälsa påverkas väsentligt av de yttre förhållandena hen lever i och de sociala roller hen tillges. Som experter på ”det samhällseliga och sociala” kunde socialarbetare kanske inta en ännu större roll inom psykiatrin. Detta har konstaterats också i flera tidigare undersökningar (t.ex. Tonttila 2018; Evans et al. 2012).

Socialarbetarna i min studie kom själva fram till att återhämtningsteorin inte är något nytt och unikt. Återhämtningsteorin tar fram principer som man tidigare talat om till exempel i termer av empowerment och ett holistiskt synsätt. Ur teoretisk synvinkel, är återhämtningsteorin bara ett sätt att samla ihop bekanta principer under ett nytt begrepp? Ett begrepp som utvecklats som följd av en stark brukarrörelse som försöker minska stigmatiseringen av psykiskt sjuka? Min personliga åsikt är att även om återhämtningsteorin kanske inte kommer fram med något nytt, kan

det vara ett användbart perspektiv på psykiska sjukdomar. Dessutom är det användbart när man motiverar socialarbetarnas viktiga roll och betydelse som yrkesgrupp inom psykiatrin. Sociala teorier kan vara till nytta inom psykiatrin som en helhet och även om socialarbetarna är bekanta med dessa teorier och begrepp, gäller det kanske inte resten av vårdpersonalen.

Återhämtningsbegreppet kan med andra ord synliggöra och begripliggöra det sociala arbetets perspektiv inom psykiatrin.

Hur återhämningsteorin tillämpats i praktiken inom Helsingfors stads psykiatriska vård har inte utretts i denna studie. I fortsättningen kunde det vara intressant att intervjua också andra yrkesgrupper och patienter inom den psykiatriska vården gällande återhämtning. Har återhämningsteorin styrt utvecklingen av verksamheten på praktisk nivå eller är det bara frågan om ett synsätt som enskilda yrkespersoner eventuellt tillämpar i sitt arbete?

En begränsning med denna studie är att endast socialarbetare intervjuades och patienternas och andra yrkesgruppers röst inte blev hörd. Jag skulle ha kunnat få ett mer mångsidigt och heltäckande material genom att intervjua också patienter, men eftersom många sådana studier redan gjorts (och de tidsmässiga resurserna för en magisteravhandling är begränsade) har jag nöjt mig med att relatera mina resultat med resultat som erhållits från studier där patienter intervjuats. Resultaten jag kommit fram till är på många sätt liknande som resultaten i dessa tidigare studier. Detta visar också att socialarbetarna förefaller att ha en liknande syn på återhämtning som patienterna själva: socialarbetarna lyssnar på patienten och utgår från patientens synvinkel. Resultaten av min forskning visar även att återhämtning enligt socialarbetarna ofta definieras som helt enkla, vardagliga och allmänmänskliga saker som kan vara av stor betydelse för patienten.

Källförteckning

Ahrne, Göran & Svensson, Peter (2015) Kapitel 1. Kvalitativa metoder i samhällsvetenskapen. Ingår i Ahrne, Göran & Svensson, Peter (red.) Handbok i kvalitativa metoder.

Alastalo, Marja & Åkerman, Maria & Vaittinen, Tiina (2017) 9. Asiantuntijahaastattelu. Ingår i Hyvärinen, Matti & Nikander, Pirjo & Ruusuvuori, Johanna (red.) Tutkimushaastattelun käsikirja. Tampere: Vastapaino, 214–232.

Anthony, William (1993) Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health servicesystem in the 1990s. *Psychological Rehabilitation Journal*. 16(4), 11–23.

Antikainen-Juntunen, Eija (2005) Sosiaalityö psykiatrissa työkyvyn arvioinnissa. Sosiaalityöntekijöiden käsitysten arviointi empowermentin näkökulmasta. Ammatillinen lisensiaattitutkimus. Tampereen yliopisto. Tillgängligt på:
<https://www.sosnet.fi/loader.aspx?id=5d7846b1-c2f4-4858-8e4e-dfa315fbb635> Hämtat 25.11.2018.

Centralförbundet för socialpsykiatriska sammanslutningar i Finland (2019) Toipumisorientaatio – recovery-menetelmä Suomessa. Tillgängligt på <https://recovery.fi> Hämtat 24.4.2019.

Davidson, Larry & Haglund, Karl & Stayner, David & Rakfeldt, Jaak & Chinman, Matthew & Kraemer Tebes, Jacob (2001) "It was just realizing...that life isn't one big horror": A qualitative study of supported socialization. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 24:3, 279–292.

Denhov, Anne (2011) Hjälpande relationer. Ingår i Magnus Sundgren, Alain Topor (red.) Psykiatri som socialt arbete. Stockholm: Bonnier utbildning. 37–52.

Denscombe, Martyn (2016) 12. Intervjuer. Ingår i Denscombe, Martyn. Forskningshandboken. För småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna. Lund: Studentlitteratur, 263–292

Duggan, Maria & Cooper, Andrew & Foster, Judy (2002) Modernising the social model in mental health: a discussion paper, London: Social Perspectives Network. Tillgängligt på:
http://spn.org.uk/wp-content/uploads/2015/02/spn_paper_1_RP.pdf Hämtat 4.4.2019

Evans, Sherril & Huxley, Peter & Baker, Christine & White, Jo & Madge, Sally & Onyett, Steve & Gould Nick (2012) The social care component of multidisciplinary mental health teams: a review and national survey. *Journal of Health Services Research and Policy* 17, 23–29.

Forskningsetiska delegationen (2009) Etiska principer för humanistisk, samhällsvetenskaplig och beteendevetenskaplig forskning och förslag om ordnande av etikprövning. Tillgängligt på: <http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/etiskaprinciper.pdf> Hämtat 1.11.2019.

Framme, Gunille (2014) Vad gör socionomer för skillnad i den psykiatriska vården? *Socialvetenskaplig tidskrift* vol21 nr 2. Tillgängligt på: <https://journals.lub.lu.se/svt/article/view/15864/14349> hämtat 10.1.2019

Frankenhauser, Beata (2014) Terveyssoseaalityön käyttämätöömät mahdollisuudet psykiatrian ympäristössä. Ingår i Metteri, Anna & Valokivi, Heli & Ylinen, Satu (red.) Terveys ja sosiaalityö. Jyväskylä: PS-kustannus, 64–72.

Golightley, Malcolm (2008) *Social Work and Mental Health*. Exeter: Learning Matters.

Gould, Nick (2016) *Mental Health Social Work in Context*. London: Routledge. Tillgängligt på: <https://www-taylorfrancis-com.libproxy.helsinki.fi/books/9781315695785> Hämtat 3.5.2019.

Hakola, Panu (2002) Psykiatrian kehitys suomessa. Ingår i Lepola, Ulla & Koponen, Hannu & Leinonen, Esa & Joukamaa, Matti & Isohanni, Matti & Hakola Panu. *Psykiatria*. Porvoo: WSOY, 9–20. Hall, Pippa & Weaver, Lynda (2001) Interdisciplinary education and teamwork: A long and winding road. *Med Educ* 35(9): 867–875.

Harjajärvi, Minna & Pirkola, Sami & Wahmbeck, Kristian (2006) Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa. MERTTU-tutkimuksen palvelukatsaus. Acta nro 187. Stakes & Suomen Kuntaliitto. Tillgängligt på: <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/muut/Acta187.pdf> Hämtat 29.4.2019.

Helsingfors stad (19.9.2017) Missbrukarvårdens öppna rehabilitering. Tillgängligt på: <https://www.hel.fi/helsinki/sv/social-och-halso/mental/psykiatri-och-missbrukarcentraler/oppen-rehabilitering/> Hämtat 22.2.2019.

Helsingfors stad (8.2.2019) Psykiatri- och missbrukarcentraler. Tillgängligt på:

<https://www.hel.fi/helsinki/sv/social-och-halso/mental/psykiatri-och-missbrukarcentraler/> hämtat 3.5.2019.

Helen, Ilpo & Hämäläinen, Pentti & Metteri, Anna (2011) Komplekseja ja katkoksia – psykiatrian hajaantuminen suomalaiseen sosiaalivaltioon. Ingår i Helen, Ilpo (red.) Reformin pirstaleet. Mielenterveyspolitiikka hyvinvointivaltion jälkeen. Tampere: Vastapaino, 11–69.

Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena (2001) Tutkimushaastattelu. Tutkimushaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Helsinki University Press.

Honkala, Eija (2018) Kohtaamisen haasteet psykiatrisessa sairaanhoidossa. Tillgängligt på:

<https://mielenterveyshelmi.fi/blogi/vaikuttava-mieli/kohtaamisen-haasteet-psykiatrisessa-sairaanhoidossa/> Hämtat 25.1.2020.

Isoherranen, Kaarina (2012) Uhka vai mahdollisuus -moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Helsinki: Helsingin yliopisto, väitöskirja.

Kananoja, Aulikki (2017a) 1.Sosiaalityö ammattina. Ingår i Kananoja, Aulikki & Lähteinen, Martti & Marjamäki, Pirjo (red.) Sosiaalityön käsikirja. Helsinki: Tietosanoma, 27–32.

Kananoja, Aulikki (2017b) 25.Sosiaalityö terveydenhuollossa. Ingår i Kananoja, Aulikki & Lähteinen, Martti & Marjamäki, Pirjo (red.) Sosiaalityön käsikirja. Helsinki: Tietosanoma, 347–356.

Klamas, Maria (2010) Av egen kraft tillsammans med andra. Personer med psykiska funktionshinder, socialt stöd och återhämtning Göteborg: Göteborgs universitet, Institutionen för socialt arbete, Doktorsavhandling, 2010:2.

Korkealaakso, Rauni (2006) Sosiaalityöntekijä – vieraileva tähti? Lääkäreiden käsitykset ja kokemukset sosiaalityöntekijän tehtävästä ja asiantuntijuudesta sekä yhteistyöstä aikuisten psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Julkaisusarja A: Tutkimukset. Pro-gradu, Tampereen yliopisto.

Kouhi, Sanna (25.2.2019) Integroidun sosiaalityön alkutahteja psykiatria- ja päihdepalveluissa. Tillgängligt på: <http://sosiaalisiailmioita.blogspot.com/2019/02/integroidun-sosiaalityon-alkutahteja.html> Hämtat 27.9.2019.

Kvale, Steinar & Brinkman, Svend (2014) Den kvalitativa forskningsintervjun. Lund: Studentlitteratur Ab.

Laaksonen, Maria & Olli, Anastasia & Puumala, Monica (2019) Kokemuksia toipumisorientaatioon perustuvasta RECOVERY app -mobiilisovelluksesta päihdepalveluissa. Tillgängligt på: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/161339/Laaksonen_Maria%2COlli_Anastasia%2CPuumala_Monica.pdf?sequence=2&isAllowed=y Hämtat 25.1.2020.

Laine, Helinä (2014) Sosiaalityö terveydenhuollossa on positiivisen häiriököintiin perustuvaa taitelua. Ingår i Metteri, Anna & Valokivi, Heli & Ylinen, Satu (red.) Terveys ja sosiaalityö. Jyväskylä: PS-kustannus, 26–31.

Lapin yliopisto (2019) Recovery-toimintaorientaatio mielenterveyspalveluissa. Hankkeen esittely. Tillgängligt på: <https://www.ulapland.fi/FI/Kotisivut/Recovery-toimintaorientaatio-mielenterveyspalveluissa> Hämtat 22.2.2019.

Leinonen, Leena (2018a) Sosiaalityön terapeutinen asiantuntijuus psykiatriassa erikoissairaanhoidossa ingår i Juvonen, Tarja & Lindh, Jari & Pohjola, Anneli & Romakkaniemi, Marjo (red.) Sosiaalityön muuttuva asiantuntijuus. Helsinki: UNIPress, 134–153.

Leinonen, Leena (2018b) Sosiaalityön ammatillinen itseymmärrys psykiatriassa erikoissairaanhoidossa - väitöstutkimuksen alustavia tuloksia. Powerpoint-esitys Terveysosiaalityön akateemisen tutkimusverkoston seminaarissa 8.6.2018.

Lindén, Mirja (1999) Terveidenhuollon sosiaalityö moniammatillisessa toimintaympäristössä. Sosiaali- ja terveysalan kehittämiskeskus. Raportteja 234. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus.

Lukens, Jonathan & Solomon, Phyllis (2013) Thinking Through Recovery: Resolving Ethical Challenges and Promoting Social Work Values in Mental Health Services. *Journal of Social Work Values and Ethics*. 10(1), 61–71.

Lönnqvist, Jouko & Moring, Juha & Pylkkänen, Kari & Vuorilehto, Maria (2011) Suomalainen hoitojärjestelmä. Ingår i Lönnqvist, Jouko & Henriksson, Markus & Marttunen, Mauri & Partonen, Timo (toim.) *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim, 752-763.

Lönnqvist, Jouko & Lehtonen, Johannes (2011) *Psykiatria ja mielenterveys*. Ingår i Lönnqvist, Jouko & Henriksson, Markus & Marttunen, Mauri & Partonen, Timo (toim.) *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim, 12-31.

Metteri, Anna (2018) Sosiaalityöntekijän työ psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa - työn paikka ja työn merkitys potilaan kuntoutumiselle ja hoitotulosten pysyvyydelle. Anna Metterin 4.10.2018 keskustelupaperi Terveys- ja sosiaalityön päivillä. Tillgängligt på <https://www.talentia.fi/terveys- ja sosiaalityontekijat/uutiset/anna-metteri-sosiaalityontekijan-tyo-psykiatrisessa-erikoissairaanhoidossa-keskustelupaperi-4-10-2018/> Hämtat 16.11.2018.

O'Brien, Ann-Marie, & Calderwood, Kimberly (2010). Living in the shadows: A Canadian experience of mental health social work. *Social Work in Mental Health*, 8(4), 319–335.

Onken S., Craig, C., Ridgway, P., Ralph, R., & Cook, J. (2007). An analysis of the definitions and elements of recovery: A review of the literature. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 1(9), 9–22. Tillgängligt på: https://www.researchgate.net/publication/6144305_An_analysis_of_the_definitions_and_elements_of_recovery_A_review_of_the_literature Hämtat 3.5.2019.

Pylväs, Maria (2003) Sosiaalityön asiantuntijuus erikoissairaanhoidossa. Tapaustutkimus yliopistollisen sairaalan sosiaalityöstä Oulu: Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus. Oulun painatuskeskus.

Rissanen, Päivi (2005) Skitsofreniasta kuntoutuminen. Lisensiaatintyö. Helsingin yliopisto.

Romakkaniemi, Marjo (2011) Masennus. Tutkimus kuntoutumisen kertomusten rakentamisesta. *Acta Universitatis Lapponiensis* 209. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus.

Romakkaniemi, Marjo & Kilpeläinen, Arja (2015) The Meaningful Element in Recovering From Major Depression as a Basis of Developing Social Work in Mental Health Services, *Social Work in Mental Health*, 13:5, 439–458. Tillgängligt på

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15332985.2014.932317> Hämtat 8.2.2019.

Ryan, Martin & Healy, Bill & Renouf, Noel (2004) Belief, optimism and caring. Findings from a cross-national study of expertise in mental health social work. *Qualitative Social Work* 3(4), 411-429. Tillgängligt på: <https://journals-sagepub-com.libproxy.helsinki.fi/doi/pdf/10.1177/1473325004048023>

Hämtat 9.4.2019.

Salo, Markku (1996) Sietämisestä solidaarisuuteen. Tampere: Vastapaino. Savolainen, Tuija (red.) (2017) Terveyssozialityön nimikkeistö. Helsinki: Suomen Kuntaliitto ja Terveyssozialityöntekijät ry.

Schön, Ulla-Karin (2009) Kvinnors och mäns återhämtning från psykisk ohälsa. Rapport isocialt arbete 130. Doktorsavhandling. Stockholms universitet. Tillgängligt på:

https://www.researchgate.net/publication/279659644_Kvinnors_och_mans_aterhamtning_fran_psykisk_ohalsa Hämtat 26.4.2019.

Socca- Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus (2018) Terveyssozialityö näkyväksi.

Tillgängligt på: http://www.socca.fi/tutkimus/terveyssozialityo_nakyvaksi_-tutkimus Hämtat 9.4.2019.

Sundman, Eila (2014) Esipuhe. Ingår i Metteri, Anna & Valokivi, Heli & Ylinen, Satu (red.)

Terveys ja sosiaalityö. Jyväskylä: PS-kustannus, 7–8. Tew, Jerry (2005) Social Perspectives:

Towards a Framework for Practice. Ingår i Tew, Jerry (red.) Social perspectives in Mental Health. Developing Social Models to understand and work with Mental distress. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 216–227.

Topor, Alan (2001) Managing the contradictions. Recovery from severe mental disorders.

Institutionen för socialt arbete. Stockholm. Tillgänglig på <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:302582/FULLTEXT01.pdf> Hämtat 14.2.2019.

Topor, Alan & Borg, Marit & Mezzina, Roberto & Sells, Dave & Marin, Izabel & Davidson Larry (2006) Others: The role of family, Friends and Professionals in the Recovery Process. American Journal of Psychiatric Rehabilitation, 9: 17-37.

Topor, Alan (2011) Återhämtning. Vad är det? Vad hjälper? Hur kan professionella bidra? Ingår i Magnus Sundgren, Alain Topor (red.) Psykiatri som socialt arbete. Stockholm: Bonnier Utbildning, 1–18.

Tonttila, Anna (2018) Toipumisteoreettinen näkökulma kuntoutumiseen. Mielenterveyskuntoutujien kokemuksia ja käsityksiä toipumisesta sekä siihen vaikuttavista tekijöistä. Pro-gradu tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Tillgängligt på: <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/59125/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-201808063739.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Hämtat 7.5.2019.

Tuomainen, Satu & Saari, Mirella (2019) Privat e-postmeddelande 7.5.2019 & 10.5.2019. Mottagare av e-postmeddelandet: Sanna Winberg.

Tuomi, Jouni & Sarajarvi, Anneli (2018) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Wallcraft, Jan (2005) 11. Recovery from Mental Breakdown. Ingår i Tew, Jerry (red.) Social perspectives in Mental Health. Developing Social Models to understand and work with Mental distress. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 200–215.

Yliruka, Laura & Heinonen, Jenika & Satka, Mirja & Metteri, Anna & Alatalo, Taija Alatalo (2019) Terveyssoseaalityö näkyväksi. Terveyssoseaalityön tarve, interventiot ja ajankäyttö. Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus Socca. Soccan työpapereita 2019:1. Tillgängligt på http://www.socca.fi/julkaisut/terveyssoseaalityo_nakyvaksi_-_terveyssoseaalityon_tarve_interventiot_ja_ajankaytto.8219.shtml Hämtat 11.3.2020.

Bilaga 1

Tervetuloa osallistumaan haastattelututkimukseen!

Olen sosiaalityön opiskelija Helsingin yliopistolla ja teen maisterintutkielmaa toipumisesta psykiatrisista sairauksista ja sosiaalityön vaikutuksesta toipumiseen. Tutkielman tavoitteena on selvittää, miten potilaita voidaan psykiatrian sosiaalityössä tukea toipumisprosessissa. Haluan karottaa sosiaalityöntekijöiden näkemyksiä ja kokemuksia liittyen potilaan toipumiseen ja mikä toipumiseen on vaikuttanut.

Tutkielmaa varten etsin haastateltavaksi Helsingin kaupungin psykiatrian poliklinikoiden sosiaalityöntekijöitä. Haastattelu kestää tunnin. Haastatteluissa ei kerätä henkilötietoja eikä tutkielmassa haastateltavaa tai missä toimipisteessä hän työskentelee voi tunnistaa. Haastateltavat voivat halutessaan koska vaan perua osallistumisensa olemalla puhelimitse tai sähköpostitse yhteydessä minuun, myös haastattelun jälkeen. Tässä tapauksessa haastattelumateriaali tuhoetaan käyttämättä sitä. Kuitenkin jos analyysivaihe on jo ehditty aloittaa, osallistumisen peruminen ei enää ole mahdollista.

Haastattelut tallennetaan matkapuhelimelle ja litteroidaan. Litteroimisen jälkeen tallenteet poistetaan kännykästä. Litteroidut haastattelut säilytetään salasanan suojaamassa Microsoftin pilvipalvelussa. Myös litteroidut haastattelut poistetaan tutkielman valmistuttua.

Kiinnostuneet voivat olla yhteydessä minuun puhelimitse tai sähköpostitse.

Osallistujille tarjolla kahvia ja pientä purtavaa 😊

Sanna Winberg, sanna.winberg@helsinki.fi p. 041 xxxxxxx

Tutkimuksen ohjaajana toimii Helsingin yliopistosta Professori Helena Blomberg-Kroll, helena.blomberg@helsinki.fi p. 0294128461

Yhteyshenkilönä Helsingin psykiatria- ja päihdepalveluista toimii mielialahäiriöpalveluiden johtava sosiaalityöntekijä Mirella Saari

Bilaga 2

Suostumusasiakirja osallistumisesta “Sosiaalityö ja toipuminen psyykkisistä sairauksista” - tutkimukseen

Minua on pyydetty osallistumaan yllä mainittuun tutkimukseen. Olen lukenut tutkimusta koskevan tiedotteen ja saanut mahdollisuuden esittää tarkentavia kysymyksiä ja keskustella niistä. Tunnen saaneeni riittävästi tietoa oikeuksistani, tutkimuksen tarkoituksesta ja siihen osallistumisesta sekä tutkimukseen osallistumisen hyödyistä ja mahdollisista riskeistä.

Tiedän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta ja myöhemmin halutessani myös syytä ilmoittamatta keskeyttää tutkimus tai peruuttaa suostumukseni. Jos päätän peruuttaa suostumukseni olemalla yhteydessä Sanna Winbergiin (jonka yhteystiedot ovat tiedotteessa) tai osallistumiseni tutkimukseen keskeytyy jostain muusta syystä, keskeyttämiseen mennessä tehty analyysi kerättyihin tietoihin perustuen käytetään osana tutkimusaineistoa. Tiedän, että minusta kerättyjä tietoja käsitellään luottamuksellisesti eikä niitä luovuteta ulkopuolisille ja ne hävitetään tutkimuksen valmistuttua. Tutkimus tehdään täysin anonyymisti eikä minua eikä toimipistettä jossa työskentelen voi tunnistaa tutkimuksen tuloksista.

Suostun osallistumaan tutkimukseen

Paikka: _____ Aika: _____

Tutkittavan allekirjoitus: _____
ja nimenselvennys _____

Suostumuksen vastaanottajan allekirjoitus: _____
ja nimenselvennys _____

Tätä suostumusasiakirjaa on tehty kaksi (2 kpl), joista toinen annetaan tutkittavalle ja toinen suostumuksen vastaanottajalle.

Bilaga 3

Haastattelurunko

Taustakysymykset:

- Missä työryhmässä työskentelet?
- Työkokemus psykiatrian sosiaalityöstä? (vuodet, kuukaudet)
- Koulutus? (Aikaisempi koulutus/ammatti, lisäkoulutus jne.)

Yleiset kysymykset:

1. Millaisia työtehtäviä sinulla on?

Lisäkysymyksiä jos tarvetta:

A) Millaisia potilaita?

B) Koska ohjautuu sosiaalityöntekijälle, missä tilanteessa?

C) Mikä on sosiaalityöntekijän merkitys kokonaishoidossa?

Toipumiseen liittyvät kysymykset:

2. Onko toipuminen teoreettisena käsitteensä sinulle tuttu ja kuinka määrittelisit tämän käsitteen?

3. Onko sinulla omakohtaista kokemusta potilaan toipumisesta? Mitkä tekijät edesauttoivat potilaan toipumista? Voitko antaa esimerkkejä?

4. Voitko itse sosiaalityöntekijänä edesauttaa potilaan toipumista?

5. Koetko että sinulla on tarpeeksi resursseja ja mahdollisuuksia edesauttaa potilaan toipumista? Mitä voisi parantaa työolosuhteissasi jotta voisit paremmin tukea potilasta toipumisessa?

6. Mitkä tekijät hoitoon tai elämäntilanteeseen liittyen estävät toipumista? Miten sosiaalityöntekijänä voit auttaa näiden estävien tekijöiden poistamisessa?

7. Onko sinulla vielä mitään lisättävää näihin puhuttuihin aiheisiin tai onko jotain tärkeää jota unohdin kysyä?

8. Onko sinulla kysymyksiä minulle liittyen tutkimukseen?

9. Miten koit tämän haastattelun ja siinä kysytyt kysymykset?